

## **MESTRADO**

### **DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL**

## **TRABALHO FINAL DE MESTRADO**

### **DISSERTAÇÃO**

## **O FINANCIAMENTO DO SECTOR DA SAÚDE EM CABO VERDE**

**ROSILDA ISABEL DE CARVALHO FERREIRA LIMA BENRÓS**

**OUTUBRO - 2018**

**MESTRADO**  
**DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO**  
**DISSERTAÇÃO**

**O FINANCIAMENTO DO SECTOR DA SAÚDE**  
**EM CABO VERDE**

**ROSILDA ISABEL DE CARVALHO FERREIRA LIMA BENRÓS**

**ORIENTAÇÃO:**  
**PROFESSOR DOUTOR JOÃO ESTÊVÃO**

**OUTUBRO - 2018**

## RESUMO

A dissertação analisa o sistema de saúde cabo-verdiano, com o objetivo de compreender o seu modelo de financiamento atual. Começa por fazer uma revisão da literatura teórica sobre sistemas de saúde, financiamento e cobertura universal dos cuidados de saúde, enquanto suporte para o desenvolvimento analítico do tema. A seguir, introduz um conjunto de informações sobre o caso de Cabo Verde, como a evolução dos indicadores de saúde e a organização do Serviço Nacional de Saúde. Com base nos elementos anteriormente tratados e numa leitura comparada de experiências de outros países insulares, a dissertação procura responder a questões como a organização do financiamento da saúde em Cabo Verde e seus componentes, a capacidade de mobilização de fundos financeiros e a situação da cobertura universal dos cuidados de saúde, indispensáveis para uma melhor avaliação do modelo de financiamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema de saúde, financiamento da saúde, cobertura universal, Cabo Verde.

## ABSTRACT

The dissertation analyzes Cape Verde health system, in order to understand its current financing model. We will begin with a literature review on the health system theoretical work and on the financing and universal coverage of health care, as a support for the analytical development of the subject. Next, we will introduce a set of information about the Cape Verde case, such as the analysis of the socioeconomic situation, the evolution of the health indicators and the organization of the Nacional Health Service.

Based on the previously discussed elements and on a comparative reading of experiences from other island countries, this dissertation seeks to answer questions such as the organization of health financing in Cape Verde and its components, the capacity to mobilize financial funds and the situation of universal coverage health care, essential for a better assessment of the funding model.

**KEYWORDS:** Health system, health financing, universal coverage, Cape Verde.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao terminar esta etapa tão importante para mim, não poderia deixar de agradecer e destacar todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Antes de mais, gostaria de agradecer ao meu orientador, o Professor João Estêvão, pela paciência, dedicação, sugestões e toda a disponibilidade demonstrada no decurso da elaboração desta dissertação.

Os meus agradecimentos são extensivos a todos os meus amigos pela amizade, apoio moral, companheirismo e preocupação com que sempre me presentearam.

A minha enorme gratidão ao meu companheiro Max Ruben, que me acompanha e me apoia intensivamente em todos os momentos e me fez acreditar que seria capaz de cumprir mais este desafio.

Por fim, mas naturalmente não por último, dedico esta dissertação aos meus pais António e Isabel e aos meus irmãos Emílio, Ildeberto e Sheila, que são o alicerce da minha vida e que representam tudo o que eu sou hoje.

## ÍNDICE

RESUMO .....	2
AGRADECIMENTOS .....	3
INTRODUÇÃO.....	5
I – O FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE .....	7
1.1. <i>Sistemas de saúde</i> .....	7
1.2. <i>Sistemas de financiamento da saúde</i> .....	8
1.3. <i>O caminho para a cobertura universal</i> .....	14
II – O SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO.....	15
2.1. <i>Situação sanitária e indicadores de saúde</i> .....	15
2.2. <i>Organização do sistema de saúde cabo-verdiano</i> .....	17
2.3. <i>Recursos humanos, técnicos e serviços do SNS</i> .....	19
III – O MODELO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM CABO VERDE.....	22
3.1. <i>Configuração e organização do financiamento da saúde em Cabo Verde</i> .....	22
3.1.1. <i>Evolução das despesas em saúde: análise comparada</i> .....	22
3.1.2. <i>Modelo de financiamento do sistema nacional de saúde</i> .....	25
3.1.3. <i>A situação da cobertura universal</i> .....	32
CONCLUSÕES .....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
ANEXOS .....	42

## INTRODUÇÃO

O financiamento da saúde tem assumido um papel cada vez mais relevante no contexto dos sistemas de saúde, considerando a premissa de que a saúde é um direito que assiste a qualquer ser humano e a sua promoção é um investimento estratégico para o bem-estar de uma sociedade, bem como para reduzir os níveis de desigualdade económica e social entre os cidadãos.

Os sistemas de saúde, tal como hoje são compreendidos, são uma construção recente e consequência de respostas que governos e sociedades civis têm encontrado para alcançar os objetivos sociais e ganhos em saúde. Dada a importância do sector da saúde e do seu financiamento, os Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde comprometeram-se, na Assembleia Mundial de Saúde de 2005, em desenvolver os seus sistemas de financiamento de saúde, de forma a garantir o acesso das suas populações, em qualquer momento, a um conjunto básico de cuidados de saúde.

No caso de Cabo Verde, o direito à saúde encontra-se consagrado na Constituição, cabendo ao Estado assegurar a existência e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, bem como o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica.

A presente dissertação analisa o sistema de saúde cabo-verdiano, com o objetivo central de compreender o seu modelo de financiamento atual. Para tal, este trabalho pretende responder às seguintes questões: Como é que se organiza o financiamento do sector da saúde em Cabo Verde? Quais os seus fatores críticos? Estará o país a mobilizar fundos suficientes para esse financiamento? Qual é a situação da cobertura universal dos cuidados de saúde no arquipélago?

Em termos metodológicos, a dissertação considera três tipos de documentação: literatura científica sobre sistemas de saúde e financiamento, relatórios de organismos públicos cabo-verdianos e de organizações multilaterais, bem como informação estatística disponível em bases de dados internacionais e organismos de estatística de Cabo Verde. A literatura científica permite captar as discussões académicas sobre os principais tópicos da dissertação, os relatórios ajudam a conhecer contextos, programas e avaliações, enquanto a informação estatística recolhida possibilita uma leitura

quantificada dos fenómenos em estudo. Alguma dessa informação encontra-se organizada em anexos, como suporte para a leitura deste trabalho.

O desenvolvimento da dissertação está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo faz uma revisão da literatura teórica sobre sistemas de saúde, financiamento e cobertura universal dos cuidados de saúde, enquanto suporte para o desenvolvimento analítico do tema nos capítulos seguintes. O segundo capítulo introduz um conjunto de informações que caracterizam o caso concreto de Cabo Verde, como a situação socioeconómica, a evolução dos indicadores de saúde e a organização do Serviço Nacional de Saúde. Finalmente, o terceiro capítulo, com base nos percursos realizados nos capítulos anteriores e numa leitura comparada de experiências de outros países insulares, analisa o financiamento do sector da saúde em Cabo Verde e procura responder às questões acima mencionadas. Os principais resultados obtidos estão sintetizados nas conclusões que finalizam esta dissertação.

A elaboração da dissertação defrontou um conjunto de dificuldades, que importa salientar. Em primeiro lugar, a indisponibilidade de planos de desenvolvimento sanitários recentes (o último disponível é de 2012, apesar do alcance temporal ser até 2016) não permitiu conhecer adequadamente o ponto de situação atual da saúde em Cabo Verde. Em segundo lugar, registou-se alguma dificuldade no que diz respeito à agregação de determinadas rubricas do financiamento, dada a alteração da metodologia de tratamento dos dados verificada em diferentes relatórios de Contas Nacionais de Saúde, de 2008 a 2014. Por fim, e não menos importante, a existência de poucos estudos sobre a matéria no caso particular de Cabo Verde.

## **I – O FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE**

Este capítulo tem como objetivo principal o estabelecimento de um quadro para a análise do tema do financiamento da saúde, procurando uma leitura agregadora das diferentes dimensões que nele se entrecruzam, nomeadamente, os sistemas de saúde, os sistemas de financiamento e a busca da cobertura universal dos cuidados de saúde.

### **1.1. SISTEMAS DE SAÚDE**

Como a dissertação procura compreender a questão do financiamento da saúde, consideramos importante começar por explicitar o conceito de Sistema de Saúde (SS). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o SS refere-se a “todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, recuperação ou manutenção da saúde” (OMS, 2000: 5). Esta definição é vasta e dá importância à complexidade do sistema em si, que agrega vários sectores e inclui todas as iniciativas conducentes à melhoria da saúde das pessoas.

Segundo alguns autores, os modelos de SS desenvolvidos nos países ocidentais desde finais do séc. XIX podem ser classificados como bismarckianos, beveridgeanos e liberais (Mossialos *et al.* 2002; Escoval 2003; Boquinhas 2012). Esses modelos diferenciam-se entre si pelo modo de financiamento, população alvo e pelo acesso. O modelo bismarckiano assenta num seguro social obrigatório pago por quotizações indexadas ao rendimento. O modelo beveridgeano é financiado através do Orçamento do Estado, sendo universal e gratuito no atendimento. O modelo liberal tem financiamento misto (recursos públicos e dos beneficiários), não é universal e tem subjacente a livre concorrência através de seguros privados.

Qualquer que seja o modelo de SS, a OMS (2000) reconheceu a sua notável contribuição para o aumento da esperança média de vida e do bem-estar das populações nos finais do séc. XX. Contudo, esta organização frisa que persistem enormes diferenças entre o potencial dos SS e o seu real desempenho, uma vez que nenhum país alcançou ainda um sistema ideal, dada a diversidade, abrangência e transversalidade do sector da saúde nos diferentes contextos nacionais.



No entanto, e ainda de acordo com a OMS (2000), os SS devem ter como finalidade, principalmente: melhorar as condições de saúde das populações; promover a equidade no acesso aos serviços sanitários; oferecer proteção financeira contra os custos dos tratamentos de saúde; e responder atempadamente às necessidades de saúde das populações. Segundo Kutzin (2008: 3), essas finalidades não são possíveis de alcançar sem o funcionamento de quatro funções: administração, geração de recursos, financiamento (SF) e provisão de serviços.

Dessas quatro funções, focaremos mais especificamente a dimensão do financiamento, que é a questão central desta dissertação.

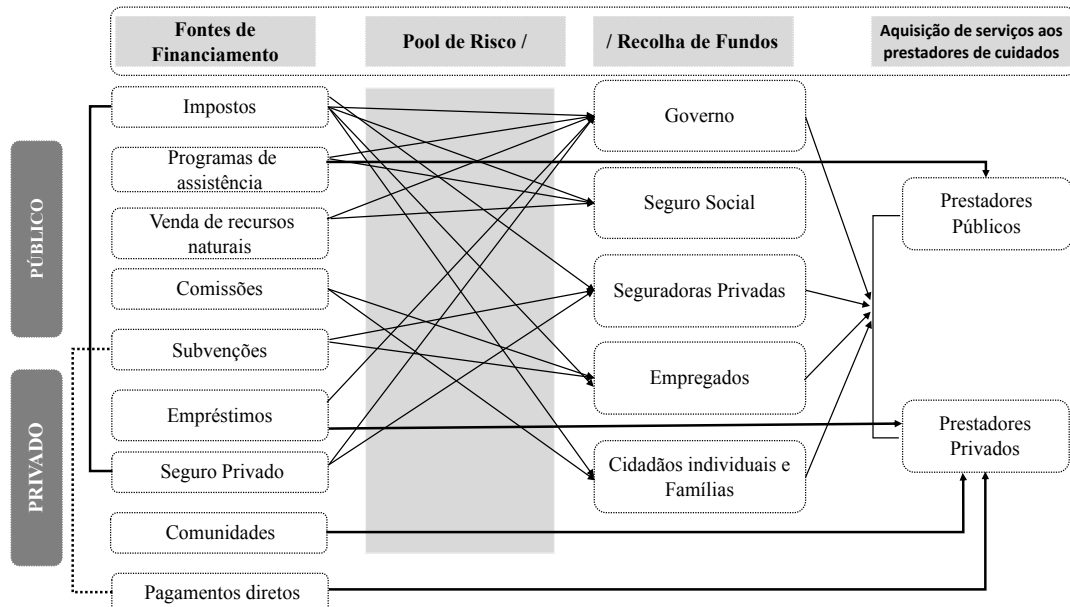
## **1.2. SISTEMAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

O financiamento do sector da saúde surge como uma das principais funções dos sistemas de saúde e é entendido, de um modo geral, como a origem dos recursos financeiros para fazer face às despesas de saúde. A problemática do financiamento da saúde é motivo de crescente preocupação para a maior parte dos países, independentemente do seu nível de desenvolvimento, seja pelo impacto social de ter boa saúde, seja pela participação crescente do sector na economia como um todo e, particularmente, nas contas públicas e nos orçamentos das famílias.

Assim como não é simples afirmar qual o melhor sistema nacional de saúde, também não é conclusiva a resposta à questão “Como financiar os sistemas de saúde?”. Além disso, as necessidades de financiamento que os países sentiam décadas atrás são diferentes das que sentem hoje, em que os governos se vêm confrontados, não só com a inovação tecnológica e o desenvolvimento de novos medicamentos derivados da elevada prevalência de doenças transmissíveis (como o HIV) e não transmissíveis (hipertensão e as doenças oncológicas), mas também com o envelhecimento populacional e os constrangimentos fiscais. Tudo isto faz com que todos se preocupem com o modo de arrecadar mais receitas, face ao progressivo aumento das despesas (Kutzin, 2008).

A Figura 1 permite compreender como se organiza os sistemas de financiamento, de acordo com as três funções fundamentais para o seu funcionamento, e que todos os países executam: fontes de financiamento, *pooling* de risco/recolha de fundos e aquisição de serviços aos prestadores.

**Figura 1: Funções de Financiamento dos Sistemas de Saúde**



Fonte: Adaptado de Schieber and Maeda (1997).

Como se pode verificar, o funcionamento dos sistemas de saúde agrupa um conjunto de interações e várias combinações entre as diferentes funções. Por um lado, uma única entidade organizacional pode integrar todas as funções e, por outro, uma entidade pode arrecadar as fontes e agrupá-las, enquanto outras compram e fornecem os serviços (Kutzin, 2001).

#### **a. FONTES DE FINANCIAMENTO**

As fontes de financiamento provêm das entidades que arrecadam receitas destinadas ao financiamento dos cuidados de saúde: famílias, organizações, empresas, entidades públicas e fontes de ajuda externa. Os mecanismos de financiamento podem ser apresentados como se segue, de acordo com Kutzin (2008), Gottret e Schieber (2006) e Jiménez (2013).

**Impostos.** A maior parte dos países financia os seus sistemas de saúde através de impostos, representando a principal fonte de financiamento público obrigatório dos cuidados de saúde em 106 dos 191 membros da OMS (Gottret e Schieber, 2006).

**Seguros.** A literatura identifica os principais tipos de financiamento através de seguros:

- *Seguro social obrigatório.* Seguro público que compreende contribuições deduzidas dos salários dos trabalhadores e de contribuições dos empregadores.
- *Seguros Privados.* Seguros voluntários, cujos prémios são pagos pelos segurados e dependem das suas características (idade, antecedentes e estado de saúde).
- *Seguros comunitários.* São seguros voluntários que surgiram no seio de comunidades e de grupos muito específicos, nomeadamente, agricultores e trabalhadores informais, que não têm acesso a um seguro social.

**Pagamentos diretos.** Os pagamentos diretos são taxas ou co-pagamentos suportados pelos utentes no momento da utilização do serviço de saúde. Dependendo do país, essas taxas são cobradas pelo governo, por entidades não-governamentais e por instituições de saúde religiosas ou privadas.

**Ajuda externa.** A ajuda externa tem sido fundamental para muitos países de rendimento baixo e médio<sup>1</sup>, seja através da ajuda orçamental, ou através de programas específicos de saúde pública, de doação de medicamentos e equipamentos ou de formação técnica.

Qualquer uma das fontes de financiamento apresentadas acima têm aspetos negativos e positivos que merecem ser destacados<sup>2</sup>.

Os pagamentos diretos das famílias são a forma mais frequente de pagar pelos serviços de saúde, qualquer que seja o SS. A OMS identificou esta fonte como a menos equitativa por ter “natureza regressiva, permitindo que os mais ricos paguem o mesmo que os pobres, para o mesmo serviço” (OMS 2011:45). Para além disso, a sua administração tem custos elevados para o SS, motivo porque alguns autores sugerem que os pagamentos diretos sejam fontes complementares de financiamento e nunca a fonte principal (Jiménez, 2013)<sup>3</sup>.

Em percentagem dos gastos globais com saúde, o pagamento direto é ofuscado pelos gastos públicos, sob a forma de impostos e seguro social obrigatório, à medida que os países se tornam economicamente mais desenvolvidos. Estes últimos, por serem pré-

---

<sup>1</sup> Classificação dos países pelo rendimento nacional bruto per capita em dólares EUA, em valores de 2017, segundo o Banco Mundial: países de rendimento baixo (RNBpc ≤ 995); Rendimento médio-baixo (995 < RNBpc < 3.895); Rendimento médio-alto (3.895 < RNBpc < 12.056); Rendimento alto (≥ 12.056) (Banco Mundial: <https://datahelpdesk.worldbank.org/> acedido em maio de 2018).

<sup>2</sup> Ver em anexo II, as vantagens e desvantagens de cada uma das fontes de financiamento.

<sup>3</sup> Os pagamentos diretos atingiram níveis preocupantes de 40% nos países de rendimento baixo e de 57% nos de rendimento médio-baixo em 2015 (ver gráfico em anexo I).

pagos, são consideradas como melhores alternativas de financiamento porque oferecem maior proteção financeira e funcionam com princípios de solidariedade social, em que todos os cidadãos acedem aos cuidados independentemente das condições económicas e sociais (Savedoff, 2004; Escoval, 1999: 45). Contudo, os impostos apresentam inconvenientes, devidos à sua instabilidade, relacionada, nomeadamente, com a elevada dependência fiscal, conjuntura económica do país e prioridades políticas. O seguro social obrigatório, por sua vez, se não for extensível aos utentes que não contribuem (como é o caso dos trabalhadores do sector informal) torna-se menos equitativo, porque neste caso os grupos desfavorecidos, ou não acedem aos serviços de saúde, ou recebem cuidados limitados pela cobertura, caso optem por seguros comunitários.

Os seguros privados, apesar de serem pré-pagos, também não oferecem equidade e igualdade no acesso porque impõem barreiras à entrada e porque a comparticipação nos custos por parte dos utilizadores é elevada (Escoval, 1999: 45). Contudo, no que diz respeito à escolha dos utilizadores, o seguro privado afigura-se como a melhor fonte de financiamento, porque dá maior liberdade na escolha, quer dos prestadores, quer das seguradoras<sup>4</sup>.

Os sistemas de financiamento que funcionam com fontes complementares entre si, podem ser a via mais indicada para corrigir algumas vertentes menos bem conseguidas de uma ou outra fonte.

## **b. *POOL* DE RISCO / RECOLHA DE FUNDOS**

O *pool* de risco refere-se à integração das fontes de financiamento. O objetivo principal desta função é repartir o risco financeiro associado à necessidade de um indivíduo ter de recorrer a serviços de saúde. Essa característica de partilha de risco pode reduzir ou eliminar o grau de incerteza que resulta do *timing* e da gravidade do período de doença. Se os riscos são partilhados, eles têm de ser pagos antes da ocorrência da doença, através de impostos ou seguros, por exemplo (OMS, 2011). Sem o *pool* de risco, os cidadãos mais pobres, que poderiam beneficiar de cuidados de saúde, podem ficar sem tratamento, porque na maior parte das vezes essa população desfavorecida não tem como fazer pagamentos diretos no momento da necessidade de cuidados.

---

<sup>4</sup> Os seguros privados têm ganho expressão e vão substituindo os pagamentos diretos nos países com rendimentos mais elevados (ver gráfico em anexo I).

Gottret e Schieber (2006) argumentam que o *pool* de risco permite garantir uma maior proteção financeira dos indivíduos, assegurando que o risco financeiro é assumido por todos os membros do grupo e não só pelos indivíduos que ficam doentes. Por outro lado, Smith and Witter (2004) apresentam as questões de equidade e eficiência como argumentos a favor do *pool* de risco. Os argumentos de equidade refletem a visão de que a sociedade não considera justo que os indivíduos assumam individualmente todo o risco financeiro com a saúde, enquanto o argumento de eficiência permite que os fundos sejam transferidos para os mais pobres, que provavelmente poderão beneficiar-se mais com os cuidados de saúde que os não pobres, fazendo com que haja melhorias na saúde da população em geral.

Smith and Witter (2004) apresentam quatro situações relativas ao *pool* de risco<sup>5</sup>: ausência total (pagamentos diretos), *pool* de risco unitário, fragmentado e integrado. A combinação de diferentes tipos de *pool* de risco pode levar a melhorias na saúde da população, com aumento da produtividade e redução da incerteza associada aos gastos com assistência médica. Os dois autores observaram que os países em desenvolvimento utilizam pouco a via do agrupamento de risco, sendo que a maior parte do financiamento provém diretamente das famílias. São elas que suportam os seus custos de assistência à medida que surgem, resultando assim em profundas ineficiências e na desigualdade que um sistema de saúde sem *pool* de risco acarreta.

### **c. AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS/PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE**

A última função dos sistemas de financiamento tem a ver com o processo de aquisição e pagamento dos serviços de saúde prestados pelos provedores públicos e privados.

A OMS (2011) indica três formas de o fazer: (i) o governo financia diretamente os orçamentos dos seus próprios prestadores de serviços, utilizando as receitas governamentais e, por vezes, contribuições de seguros; (ii) um fundo de seguro de saúde, ou uma entidade governamental, adquire os serviços em nome da população (separação entre o comprador e o prestador); (iii) os indivíduos pagam diretamente os serviços de saúde aos prestadores de serviços (pagamentos diretos).

---

<sup>5</sup> Ver em anexo III, as características de cada tipo de *pool* de risco.

Em cada um destes processos gerais, os prestadores podem ser pagos de diferentes formas: através dos mecanismos tradicionais de pagamento às instituições prestadoras de cuidados e pessoal clínico, que englobam orçamentos globais e grupos de diagnósticos; ou através do pagamento de salários fixos, por ato, capitação e pagamento por dia (Boquinhas 2012, Jiménez 2013, Escoval 2003)<sup>6</sup>.

O pagamento de serviços é um processo complexo e que está sempre em mudança. O processo de aquisição pode ter como base um sistema de compras passivas, em que o orçamento é baseado no histórico e os fornecedores não são selecionados de forma competitiva, nem existe um sistema de avaliação de desempenho. Mas a aquisição também pode ter subjacente um sistema estratégico, caracterizado pela existência de critérios para contratação de fornecedores, com base na avaliação de desempenho, no controlo de qualidade e na penalização ao fornecedor que não cumpra o negociado (Jiménez, 2013).

A tendência internacional é a transição de pagamentos de tipo passivo para pagamentos estratégicos. Dois exemplos importantes são os pagamentos por GDH<sup>7</sup> (por episódio e grau de complexidade, sem atender à duração da estadia) e os pagamentos por capitação (geralmente utilizado para pagar prestadores dos cuidados primários), em que são definidos conjuntos de serviços a prestar com um valor fixo *per capita*, de acordo com o número de residentes de uma região e num determinado período de tempo. O modelo de capitação, utilizado em Portugal e muitos outros países, tem a vantagem de reduzir o recurso dos utentes aos hospitais centrais, o que obriga a uma gestão global da saúde da população e, conseqüentemente, à redução de custos (Boquinhas, 2012). Ambos os exemplos reduzem os incentivos à prestação de serviços em excesso e tem impacto na qualidade e eficiência do serviço prestado. Contudo, os pagamentos por GDH (por caso e em função do grau de complexidade do caso) podem encorajar os hospitais a dar alta precoce aos doentes para readmiti-los rapidamente, cobrando dois pagamentos em vez de um (OMS, 2011).

---

<sup>6</sup> Ver em anexo IV as características dos tipos de pagamento atuais.

<sup>7</sup> “Grupos de diagnóstico homogêneo constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos”. (Site ACSS, acedido a 05 de Maio de 2018).

### 1.3. O CAMINHO PARA A COBERTURA UNIVERSAL

A cobertura universal de saúde está intimamente ligada à problemática do financiamento e incorpora, não só um dos objetivos finais dos sistemas de saúde - a proteção financeira, como também um dos objetivos intermédios associados à equidade no acesso aos serviços de saúde.

Os Estados-Membros da OMS comprometeram-se, em 2005, com o desenvolvimento dos seus sistemas de financiamento de saúde, de forma a garantir que toda a população tenha acesso a um conjunto básico de cuidados de saúde, em qualquer momento, sem que isso implique grandes esforços financeiros para os cidadãos. Portanto, o alcance da cobertura universal<sup>8</sup> pode ser justificada a partir de uma perspetiva política, tendo em atenção os valores subjacentes de coesão social e direito à saúde, ou de direito ao acesso equitativo.

Esse entendimento ganhou particular notoriedade com a publicação do relatório da OMS de 2011 (*Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*), tornando-se o aspeto central do debate atual sobre a prestação de cuidados de saúde. Nesse relatório, a OMS descreve três dimensões da cobertura universal: (i) a cobertura dos serviços clínicos e não clínicos que a população necessita; (ii) a população alvo, para a qual se devem orientar os serviços oferecidos; (iii) e o custo do pacote de serviços que se pretende oferecer. Para alcançar essas três dimensões, a OMS identifica três obstáculos interligados entre si, que podem limitar a aproximação dos países à cobertura universal: escassez de recursos, uso ineficiente dos recursos e excessiva dependência dos pagamentos diretos.

No que respeita ao último obstáculo, o relatório refere que a proporção da despesa total financiada por pagamentos diretos é tanto maior quanto mais pobres são os países. Contudo, a angariação de receitas por esta via é, de longe, o maior obstáculo ao alcance da cobertura universal. A experiência mostra que angariar fundos através da partilha de risco e pré-pagamento é o meio mais eficiente e equitativo para aumentar a cobertura universal dos cuidados de saúde.

---

<sup>8</sup> A Cobertura Universal é tida como fundamental para o sucesso da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.

De acordo com Carrin *et al.* (2008), não é expectável que todos os países, em particular os de rendimento baixo e médio-baixo, alcancem a cobertura universal a curto ou médio prazo, dada a elevada taxa de pagamentos diretos que as populações suportam no momento do acesso aos cuidados de saúde. Por isso, de acordo com Mathauer e Carrin (2010), a consecução da meta de cobertura universal depende da reforma do desenho institucional, legislativo e organizacional dos sistemas de saúde que está subjacente às três funções de financiamento de saúde apresentadas anteriormente. Por outro lado, Kutzin (2013) defende reformas na implementação de novos mecanismos de angariação de receitas e redução da fragmentação de *pool* de risco, para expandir a capacidade redistributiva de fundos pré-pagos, tendo em vista uma maior proteção financeira. Mesmo que em muitos países a cobertura nunca seja alcançada, defende Kutzin, as reformas devem ser feitas nesse sentido, pois é mais útil pensar na cobertura universal como uma direção e não como destino, uma vez que a cobertura universal pode ser um ideal utópico que nenhum país alcançará plenamente.

## **II – O SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO**

Este capítulo faz uma breve apresentação da situação sanitária e da organização do Serviço Nacional de Saúde em Cabo Verde. Estes dois tópicos servem de antecâmara para a análise do financiamento do sector da saúde em Cabo Verde.

### **2.1. SITUAÇÃO SANITÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE**

Cabo Verde tem registado progressos significativos na sua situação económica e social<sup>9</sup>, com consequências relevantes para as condições de vida da sua população, nomeadamente, em termos de rendimento por habitante (3.040 dólares americanos em 2016, ou seja, 6.290 dólares ppc), os níveis de alfabetização (87,6% em 2016) e esperança de vida à nascença (75,9 anos em 2016). A pobreza global no país também tem vindo a diminuir, mas continua elevado e afetava, em 2015, cerca de 35,2% da população, 10,6%

---

<sup>9</sup> Ver no quadro V, os principais indicadores socioeconómicos em 2010 e 2016.

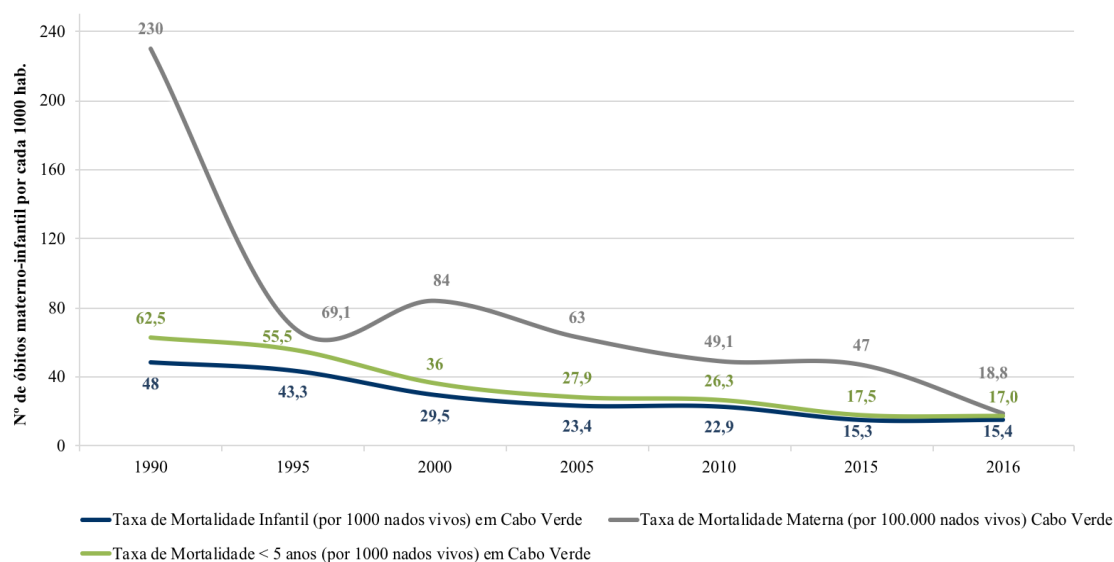


dos quais em pobreza extrema. Neste capítulo, vamos dar atenção à evolução registada no domínio da saúde.

Cabo Verde tem vindo a assistir a um processo de transição demográfica (MS, 2012) traduzido pela queda do índice sintético de fecundidade, que passou de 7,1 filhos por mulher em 1980<sup>10</sup> para 2,6 filhos em 2010 e 2,3 filhos em 2016. A esperança média de vida à nascença aumentou significativamente, de 61,7 anos em 1980<sup>11</sup>, para 75,9 anos em 2016.

As taxas de mortalidade indicam uma tendência de diminuição progressiva ao longo dos anos. A mortalidade geral, que nos anos de 1990 ascendia a 9,1% desceu para metade no ano de 2016, ou seja, para 4,9%. No que respeita aos índices de mortalidade materno-infantil, como mostra o Gráfico 1, verificou-se uma evolução significativa entre 1990 e 2016 no que respeita às mortalidades de crianças (infantil e menores de 5 anos) e à mortalidade materna, quer como consequência direta dos esforços efetuados no atendimento pré-natal e gestacional nos diversos centros de saúde reprodutiva, quer como resultado das melhorias gerais nas condições de vida da população.

**Gráfico 1 – Evolução das mortalidades materno-infantis (1990-2016)**



Fonte: World Bank (2015a); WHO (2016); MS (2010; 2013) e MSSS (2017).

<sup>10</sup> MS, 2012.

<sup>11</sup> World Bank (2015<sup>a</sup>).

**Quadro 1 – Principais causas de mortalidade geral e de menores de 5 anos em Cabo Verde em 2016**

Principais Causas de Mortalidade Geral (por 100.000 hab.)	2016		Principais Causas de mortalidade em crianças < de 5 anos (por 1000 hab.)	2016			
	Óbitos	Taxa/100.000 hab		<1	1 - 4 anos	Total	% do total de casos
Doenças circulatórias	738	138,0	Afeções perinatais	95	0	95	52,5%
Tumores e neoplasias	358	67,4	Afeções respiratórias	19	4	23	12,7%
Afeções respiratórias	294	55,3	Infecciosas e Parasitárias	14	4	18	9,9%
Infecciosas e parasitárias	259	48,8	Anomalias congénitas	15	0	15	8,3%
Sintomas mal definidos	238	44,8	Sintomas e sinais mal definidos	6	0	6	3,3%
Causas externas	150	28,2	Tramatismo e envenenamentos	4	6	10	5,5%
Tramatismo e envenenamentos	121	22,8	Doenças do Sistema nervoso Central	0	1	1	0,6%
Afeções perinatais	95	17,9					

Fonte: MSSS 2016.

Em 2016, as duas principais causas da mortalidade geral são as doenças do aparelho circulatório e os tumores e neoplasias. No caso da mortalidade infantil, as afeções perinatais registadas nos primeiros 7 dias de vida e as afeções respiratórias<sup>12</sup> (com grande prevalência na pneumonia), são responsáveis por 65,2% dos óbitos infantis.

Verifica-se que as doenças transmissíveis (doenças infecciosas e parasitárias) ocupam a 4ª posição na mortalidade geral (48 óbitos por cada cem mil habitantes) e a 3ª posição na mortalidade infantil (responsável por 9,9% do total dos casos). As doenças transmissíveis e prioritárias, entre os quais o SIDA, paludismo e tuberculose, estão sob vigilância epidemiológica há vários anos no âmbito dos Objetivos do Milénio, visto que o comportamento dessas afeções pode ser muito negativo e o país tem de estar preparado para situações de epidemia que possam emergir.

Para além da transição demográfica, o perfil epidemiológico do país também está em fase de transição, com as doenças não transmissíveis a superar em frequência e gravidade as doenças infecto-contagiosas, típicas de países tidos como pouco desenvolvidos (MS, 2012).

## 2.2. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO

O direito à saúde encontra-se consagrado na Constituição da República de Cabo Verde, no seu artigo 70º, e na Lei de Bases da Saúde<sup>13</sup>. O Estado é incumbido de assegurar

<sup>12</sup> No que respeita às doenças preveníveis pela vacinação, elas deixaram de ser motivo de preocupação de saúde pública, dado à elevada taxa de cobertura vacinal infantil (crianças com <1 ano) que desde 2010 é superior a 90 %.

<sup>13</sup> Lei de Bases da Saúde nº 41/VI/2004 (*Boletim Oficial* de 05/04/2004).

a existência e o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica.

O Ministério da Saúde (MS)<sup>14</sup> é o órgão responsável pela gestão do SNS e agrega um conjunto de direções centrais e serviços de base territorial que apoiam o MS na formulação e execução da política nacional de saúde. O Ministério exerce, por um lado, funções de planeamento e gestão e, por outro, de regulamentação, inspeção e fiscalização<sup>15</sup>.

O Serviço Público de Saúde está organizado em três níveis de prestação de cuidados de saúde:

1. Municipal: corresponde à divisão administrativa do país em concelhos e representa o nível de atenção primária dos cuidados de saúde. A desconcentração do SNS de base territorial recai sobre as Delegacias de Saúde que, por sua vez, dirigem superiormente os Centros de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias.
2. Regional ou supramunicipal: de âmbito regional, corresponde ao nível de atenção secundário, organizado à volta do Hospital Regional<sup>16</sup>, e dá resposta a um conjunto de cuidados intermédios, diferenciados dos centros de saúde e dos hospitais centrais.
3. Central ou de referência nacional: corresponde à atenção terciária dos cuidados de saúde. São os Hospitais Centrais que, dotados de serviços especializados, dão resposta aos casos de maior complexidade e amplitude clínica, assim como aos casos de atenção secundária.

Até aos anos 90 do século passado, a oferta dos cuidados de saúde era monopólio do sector público. Com a publicação da Lei de Bases de 1989, que definia a complementaridade do sector privado, começou-se a observar a propagação de iniciativas privadas, essencialmente nas cidades da Praia e do Mindelo, com a criação de gabinetes de consultas médicas e estomatologia, laboratórios de análises clínicas, gabinetes de

---

<sup>14</sup> Organigrama do MS (anexo VII).

<sup>15</sup> Decreto Lei n.º 25/2003 de 25 de Agosto: Lei Orgânica 2003 artigo nº 3.

<sup>16</sup> Pelo decreto lei nº 58/2006 de 26 de dezembro, foi criada a primeira região sanitária de CV, a Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN). Apesar do país contar com mais 3 hospitais regionais, a RSSN é um projeto piloto e servirá de base para conceção das outras regiões sanitárias que serão criadas aonde e quando as condições estiverem reunidas”.

fisioterapia e farmácias particulares<sup>17</sup>. O MS exerce através da Direção Nacional de Saúde e Inspeção Geral da Saúde funções de registo, licenciamento, inspeção e fiscalização das atividades privadas.

Nos últimos anos, o Governo de Cabo Verde definiu, no quadro da Política Nacional de Saúde (MS 2007) e do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (MS 2012), um conjunto de orientações estratégicas para a reforma do sector da saúde até 2020. As principais políticas implementadas até agora contemplam o fortalecimento dos cuidados primários, reorganização da prestação dos serviços regionais, financiamento para a cobertura universal, política farmacêutica e medicamentos essenciais, reformas hospitalares<sup>18</sup>. A reforma prevê, ainda, o desenvolvimento de recursos humanos, a intervenção nas infraestruturas sanitárias, o desenvolvimento do sistema integrado de informação sanitária e de investigação em saúde e, ainda, o desenvolvimento da liderança e governação do SNS.

### **2.3. RECURSOS HUMANOS, TÉCNICOS E SERVIÇOS DO SNS**

Em 2016, o SNS contava com 408 médicos, 690 enfermeiros e 85 farmacêuticos, dos quais 30 no sector público e 55 no sector privado. Todas as ilhas dispõem de pelo menos 2 médicos e um número alargado de enfermeiros<sup>19</sup>.

A situação dos recursos humanos não tem somente a ver com a carência de médicos (em particular, os médicos de especialidade), mas também com a distribuição destes profissionais pelas ilhas. Em 2016, cerca de 45% dos médicos estavam localizados na cidade da Praia e 25% na ilha de S. Vicente, o que significa que as duas ilhas tinham, respetivamente, 11,9 e 12,5 médicos por cada dez mil habitantes, comparativamente com 7,68 médicos a nível nacional. É claro que existem ilhas com baixo número de residentes, como é o caso de Maio, Brava e Boavista, mas há que considerar a questão da equidade e analisar a distribuição desigual dos médicos num contexto de acesso aos serviços. O ajuste e a redefinição constantes da distribuição racional do pessoal de saúde, de acordo com as necessidades dos diferentes níveis de prestação dos cuidados primários,

---

<sup>17</sup> Resolução nº5/2008.

<sup>18</sup> WHO *Country cooperation strategy at a glance*, maio 2016 (<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>) (acedido em setembro de 2018).

<sup>19</sup> Dados em anexo VIII.

secundários e terciários é essencial para garantir uma maior eficiência da gestão governamental.

A nível da rede de instituições prestadoras<sup>20</sup> de cuidados públicos de saúde em 2016 compreendia: (i) 2 Hospitais Centrais, o Hospital Dr. Agostinho Neto na Praia (HAN) e o Hospital Dr. Batista de Sousa (HBS) no Mindelo; (ii) 4 Hospitais Regionais nos concelhos de Ribeira Grande, Santa Catarina (Santiago Norte), São Filipe e Sal, (iii) 28 Centros de Saúde; (iv) e um conjunto de pequenos estabelecimentos sanitários que incluem 5 Centros de Saúde Reprodutiva, 112 Unidades Sanitárias de Base, 34 Postos Sanitários e 32 Farmácias públicas.

Em 2016, existiam 522 camas nos hospitais centrais, 263 nos hospitais regionais e 304 nos centros de saúde. Segundo a OMS (2011), um bom indicador para medir a eficiência hospitalar é a utilização das unidades de internamento, avaliada através das taxas de ocupação e demoras médias de internamento. Em 2016, os hospitais centrais tiveram uma taxa média de ocupação de 76% e demoras médias de 8,8 dias. O hospital regional de Santiago Norte, para além de ter um maior número de camas (90 camas) que os restantes hospitais regionais, apresentou maiores níveis de taxas de ocupação (97%) e de demora média (6,4 dias)<sup>21</sup>. Se considerarmos que o parâmetro de referência internacional para avaliar uma boa taxa de ocupação é de 85% (Jiménez 2013), então estaremos perante um desajuste a nível de distribuição de camas, podendo concluir que temos hospitais cujo número de camas é insuficiente para fazer face às demandas e outros cuja capacidade de oferta ultrapassa a procura. O mesmo se verifica com a demora média, que nos hospitais centrais é considerada muito elevada para a realidade de Cabo Verde quando comparado, por exemplo, com países da OCDE, que têm maiores níveis de envelhecimento populacional, mas demoras médias inferiores, na ordem dos 7,2 dias.

No que se refere à rede de cuidados privados, estima-se que em 2015 existiam cerca de 147 unidades privadas no país, dos quais 39 farmácias. O sector privado, apesar de ainda estar pouco desenvolvido no país, é procurado como alternativa ao sector público, principalmente pela classe média, dada a insatisfação com o atendimento administrativo e com menor tempo de espera para o diagnóstico médico.

---

<sup>20</sup> Dados em anexo VIII.

<sup>21</sup> MSSS (2017) e INE (2017a).

O MS e o Instituto Nacional de Providência Social (INPS) têm oferecido à população um conjunto de serviços que têm dado resposta a uma grande parte da demanda que resulta do perfil epidemiológico atual. Entre esses serviços destacamos: promoção e prevenção da saúde pública, serviços materno-infantis, programas de vacinação, consultas de especialidade, internamento, cirurgia (de nível de complexidade distintos), ambulatório, urgência, provisão de medicamentos, meios de diagnóstico e evacuações.

No entanto, verifica-se que, a nível de especialidades médicas e de meios de diagnóstico, o país apresenta carências significativas, em particular, no que respeita a doenças crónicas e não transmissíveis. Esta situação obriga à necessidade de evacuações, que têm sido o tema mais candente dos constrangimentos do SNS e que representam uma rubrica importante do financiamento do sector da saúde. Recorre-se às evacuações<sup>22</sup> internas e externas (essencialmente para Portugal) sempre que a nível nacional, ou local (ilhas/concelhos), não existem recursos capazes de dar resposta às necessidades dos utentes, seja pela limitação de equipamentos e laboratórios de diagnóstico, seja pela falta de especialistas para o tratamento de patologias de maior complexidade.

De acordo com a informação disponível do MS (dados em anexo IX), entre 2015 e 2016 foram evacuados 5.439 doentes inter-ilhas e 1.198 para o exterior. Em ambos os casos, a tendência é de crescimento, embora com menor variação nas evacuações para o exterior, que apresentou um aumento de apenas 3% entre 2015 e 2016, em comparação com 36 % nas evacuações inter-ilhas. Em 2016, mais de 40% das evacuações anuais para o exterior estavam relacionadas com especialidades de cirurgia cardíaca e oncologia, não se encontrando esta informação disponível no caso das evacuações internas.

Nos últimos anos, o país conheceu avanços importantes, nomeadamente, o recurso à telemedicina, introdução de tratamentos de foro oncológico e a instalação de um centro de hemodiálise<sup>23</sup> no HAN, em 2014<sup>24</sup>, que permitiram ao país aliviar as evacuações externas e internas.

Porém, persistem dificuldades a nível de transporte de doentes inter-ilhas. Até há pouco tempo, o transporte de emergência era feito, muitas vezes, em pequenas

---

<sup>22</sup> Cabe ao SNS a gestão do processo de evacuação e ao INPS garantir a logística para que o beneficiário esteja na estrutura de saúde a tempo de efetuar o tratamento.

<sup>23</sup> A Associação dos Doentes Renais de Cabo Verde tem apontado as limitações deste serviço. Ver “Degradação do Centro de Diálise revolta doentes renais”, jornal *A Nação*, edição 574 de 31 de agosto de 2018.

<sup>24</sup> Encontra-se em curso o processo de montagem do Centro de hemodiálise no HBS do Mindelo.

embarcações (essencialmente, barcos de pescas) sem as mínimas condições sanitárias para efetuar evacuações médicas. Contudo, foi encontrado uma solução de curto prazo, com o aluguer de aeronaves para evacuações internas, e espera-se que, nos próximos tempos, esta situação tenha uma resolução definitiva com a aquisição de meios aéreos preparados para o efeito.

### **III – O MODELO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM CABO VERDE**

Neste capítulo, analisaremos as funções do financiamento da saúde e procuraremos responder às seguintes questões: (i) Estará Cabo Verde a mobilizar os fundos suficientes para financiar o sector da saúde, comparativamente a outros países insulares? (ii) Como se organiza o modelo de financiamento do sector? (iii) Qual tem sido o caminho para o alcance da cobertura universal dos cuidados de saúde?

#### **3.1. CONFIGURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM CABO VERDE**

##### **3.1.1. EVOLUÇÃO DAS DESPESAS EM SAÚDE: ANÁLISE COMPARADA**

Neste ponto, pretendemos comparar os níveis de financiamento de Cabo Verde com outros pequenos Estados Insulares, por forma a identificarmos o seu posicionamento relativo. Esta comparação considera um grupo de seis países, cujas economias se encontram ancoradas essencialmente em atividades de agricultura, pesca e turismo. Apesar de cinco desses Estados se encontrarem num nível de desenvolvimento superior ao de Cabo Verde, todos estão confrontados com desafios próprios da sua condição de insularidade. Estes Estados incluem as Bahamas, Barbados e Seychelles (rendimento alto), Ilhas Maurícias e Maldivas (rendimento médio-alto) e S. Tomé e Príncipe (rendimento médio-baixo).

**Quadro 2: Principais indicadores do financiamento da saúde em países insulares selecionados (2000 e 2015)**

País	Despesa do Sector da Saúde (% do PIB)		Despesa <i>per capita</i> em saúde (em PPC <sup>c</sup> )		Despesa pública em saúde (% do Orçamento do Estado)		Despesa Pública em % da DTS <sup>d</sup>		Despesa Privada em % da DTS <sup>d</sup>		Ajudas Externas em % da DTS <sup>d</sup>		Pagamento direto em % da despesa privada	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015	2000	2015
Cabo Verde	4,8	4,8	147,3	310,4	7,5	10,8	71,3	67,8	26,1	25,7	2,6	6,5	96,7	90,2
Ilhas Maurícias	3,0	5,5	270,6	1 098,6	6,9	9,9	53,5	45,8	46,5	51,5	0,0	2,7	94,7	98,4
S. Tomé e Príncipe	9,7	9,8	167,5	308,4	9,0	10,7	37,1	37,2	27,3	13,7	35,6	49,1	100,0	85,0
Seychelles	4,6	3,4	674,2	867,3	6,8	10,0	82,1	97,0	17,9	2,5	0,0	0,5	100,0	97,8
Bahamas	5,1	7,4	1 045,8	1 699,1	18,6	14,2	47,1	48,6	52,3	50,9	0,6	0,5	40,8	54,5
Barbados	5,2	7,5	598,4	1 233,6	7,8	7,4	51,5	45,7	48,0	52,5	0,5	1,8	82,0	86,1
Maldivas	7,4	11,5	277,6	1 513,9	8,8	22,8	44,8	81,6	52,6	18,0	2,6	0,4	0,0	0,0
PRMB <sup>a</sup>	3,9	4,0	97,2	259,1	-	5,4	31,0	31,6	66,2	64,8	3,0	3,6	90,3	88,5
África Subsariana	5,4	5,4	101,7	198,7	-	6,9	33,2	34,7	61,5	52,1	6,0	13,1	53,2	69,5

Notas: (a) Média dos países de rendimento médio baixo; (c) Em dólares internacionais (PPC); (d) DTS - Despesa Total em Saúde.

Fonte: Elaboração do autor com base no World Bank (2015; 2015a; 2016) e WHO (2015).

De acordo com o quadro acima, os níveis de despesa do sector da saúde apresentam uma grande diversidade entre os países.

Cabo Verde registou nos anos 2000 e 2015 o mesmo nível de despesas, na ordem de 4,8 % do PIB<sup>25</sup>. No ano de 2015, as Ilhas Maldivas destacam-se por uma despesa de mais de 10% do PIB, registando juntamente com as Bahamas os maiores gastos per capita em saúde. Bahamas gastou 1.699 dólares ppc por habitante em 2015, cerca de cinco vezes mais do que Cabo Verde e S. Tomé de Príncipe, que ocupam as últimas posições com gastos de 310 e 308 dólares ppc.

No que respeita ao Orçamento Geral do Estado, Cabo Verde e os outros três países africanos (Ilhas Maurícias, S. Tomé e Príncipe e Seychelles) não atingiram o compromisso estabelecido na Declaração de Abuja de 2001, na qual os líderes africanos se comprometeram a afetar pelo menos 15% dos orçamentos governamentais à saúde.

Cabo Verde, Seychelles e Maldivas foram os países que registaram maior participação dos gastos públicos nas despesas totais (mais de 60%), verificando-se nos restantes gastos públicos inferiores 50%. Por outro lado, Cabo Verde está entre os quatro países com maior despesa privada, ascendendo a 25% em 2015, dos quais 90% provêm dos pagamentos diretos das famílias.

<sup>25</sup> Ver em anexo X o gráfico da evolução do orçamento de estado para a saúde e a despesa na saúde em % do PIB, em Cabo Verde.



A ajuda externa continua a ser uma importante fonte de financiamento da saúde para Cabo Verde, atingindo 6,5% do total em 2015. S. Tomé e Príncipe foi o que mais ajuda recebeu para financiar a saúde, ascendendo a 49% das despesas totais em 2015, o que explica a baixa participação da despesa pública no financiamento da saúde.

Se cruzarmos os indicadores de financiamento com os indicadores de saúde, ou seja, aquilo que o sistema é capaz de realizar para um determinado nível de despesas, poderemos ver em que medida mais financiamento se traduz em melhoria dos resultados de saúde.

**Quadro 3: Indicadores de saúde em países insulares seleccionados (2015)**

País	RNB per capita (dól. EUA) <sup>b</sup>	Área km <sup>2</sup>	Popul.	Esperança média de vida	Mortalidade infantil por ‰	Mortalidade < 5 anos por ‰	Mortalidade Materna por cada 100 mil nascimentos	Médicos por ‰
Cabo Verde	3 040	4 033	531 239	73,3	12,2	24,5	47,0	0,8
Ilhas Maurícias	10 140	2 030	1 263 473	74,6	8,4	13,5	53,0	2,0
S. Tomé e Príncipe	1 770	960	199 910	67,2	17,1	47,5	156,0	n.d
Seychelles	14 180	460	94 677	73,2	8,6	13,6	63,8 <sup>e</sup>	0,98 <sup>f</sup>
Bahamas	29 170	10 010	391 232	75,5	9,0	11,0	80,0	2,5 <sup>e</sup>
Barbados	15 540	430	284 996	75,5	8,0	13,0	27,0	2,9 <sup>f</sup>
Maldivas	9 570	300	427 756	78,9	4,9	8,6	68,0	3,6
PRMB <sup>a</sup>	2 118	-	-	67,7	39,6	52,5	257,0	0,74 <sup>e</sup>
África Subsariana	1 454	-	-	59,9	54,9	81,3	547,0	0,30 <sup>e</sup>

Notas: (a) Média dos países rendimento médio-baixo; (b) RNB per capita correntes em dól. EUA 2016; (e) Dados de 2013; (f) Dados de 2012.

Fonte: Elaboração do autor com base no World Bank (2015; 2016) e WHO (2017).

Em relação aos indicadores de esperança de vida, mortalidade de crianças e número de médicos por 1000 habitantes, Cabo Verde está em vantagem apenas quando comparado com S. Tomé e Príncipe, África Subsariana e a média dos países de rendimento médio-baixo. No caso das Maldivas, parece haver menor disparidade entre as despesas e os resultados, aparecendo no topo da lista em todos os indicadores de saúde, exceto no quesito da mortalidade materna. As Maldivas alcançaram um sucesso notável na melhoria dos indicadores de saúde através da melhoria na prestação de serviços, com ênfase na saúde preventiva, conseguindo erradicar a malária e outras doenças infecciosas, o que resultou na diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade (Afaal 2002).

Schieber *et al.* (2006) argumentam que gastos maiores não se traduzem necessariamente em melhores resultados de saúde, embora as provas demonstrem tenuemente uma relação positiva entre os gastos públicos e os resultados em saúde.

Num estudo em *The Economist* (2014), onde se compararam resultados e gastos para avaliar a relação custo-benefício em saúde, concluiu-se que existe uma alta correlação entre os gastos em saúde e os resultados na saúde das populações. Neste estudo, optou-se por uma abordagem simples, deixando de lado considerações referentes à equidade, acessibilidade e satisfação do paciente. Cabo Verde surge na 109<sup>a</sup> posição e num grupo de países onde o problema do sistema de saúde tem a ver com a carência de recursos humanos. Bahamas e Barbados alcançaram melhores resultados que Cabo Verde e surgem no mesmo grupo, respetivamente, nas 125<sup>a</sup> e 131<sup>a</sup> posições, sendo o aumento das doenças não transmissíveis apontando como um dos principais desafios dos seus sistemas de saúde. Conforme o mesmo estudo, as Ilhas Maurícias surgem atrás de Cabo Verde, no 82º lugar, posicionando-se no grupo de países onde as doenças relacionadas com o elevado consumo de tabaco representam um dos principais obstáculos do sistema de saúde. Infelizmente, Maldivas, Seychelles e S. Tomé e Príncipe não foram classificadas no estudo<sup>26</sup>.

O argumento referido no estudo de que existe uma alta correlação entre gastos em saúde e os indicadores de saúde das populações, permite-nos defender que essa análise elucida a necessidade do aumento e mobilização do financiamento do sistema de saúde em Cabo Verde para, paulatinamente, ir atingindo os níveis de financiamento que melhor respondam à qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde.

### **3.1.2. MODELO DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM CABO VERDE**

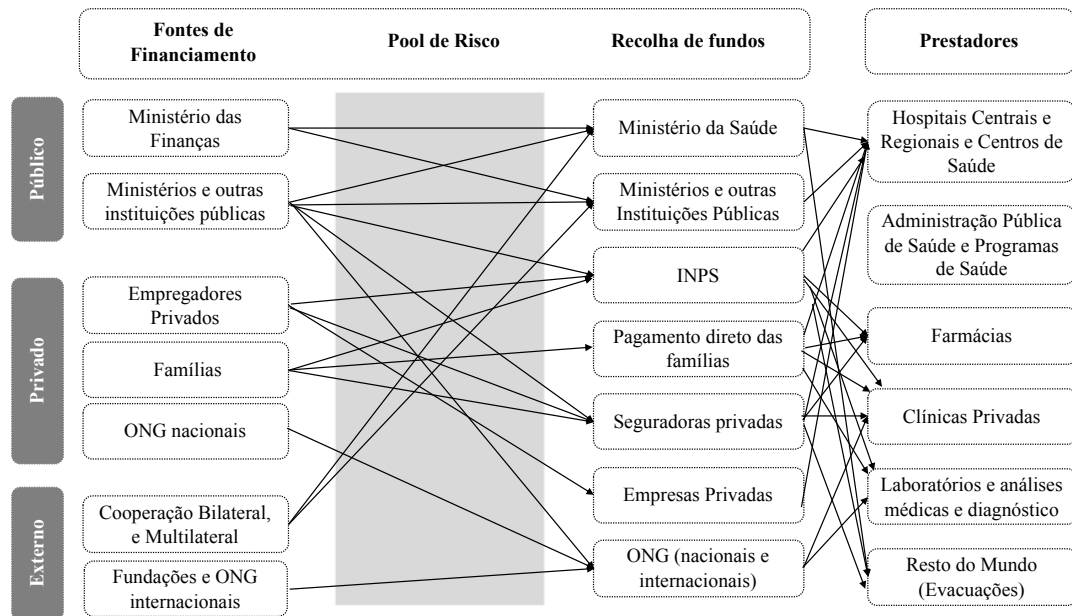
A Lei de Bases do SNS cabo-verdiano estabelece que o financiamento das suas atividades é assegurado pelo Orçamento do Estado, pelos utentes e por todas as entidades seguradoras.

---

<sup>26</sup> A esmagadora maioria dos países africanos foram os piores classificados neste estudo, não só por investirem menos na saúde, como também por predominarem altas taxas de doenças transmissíveis e de prevalência do HIV.

De acordo com o modelo de financiamento exposto no capítulo I, apresentamos seguidamente o modo como se organiza em Cabo Verde o sistema de financiamento da saúde.

**Figura 2: Modelo de financiamento do sistema de saúde cabo-verdiano**



Fonte: Elaboração própria a partir de INE (s/d; 2014; 2017).

Como veremos, o Estado cabo-verdiano, enquanto principal provedor financeiro, confere ao SNS características de um modelo compatível com os sistemas de saúde *beveridgeanos*<sup>27</sup>, sendo tendencialmente gratuito e tendo como um dos seus princípios a universalidade no acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária.

#### a. FONTES DE FINANCIAMENTO

O SNS cabo-verdiano tem dois grandes financiadores, o Ministério das Finanças (MF) e as famílias. O MF, através da cobrança de impostos,<sup>28</sup> é o maior financiador do sistema de saúde com uma participação de 55,1% em 2014 (13,2% dos quais corresponde à ajuda externa orçamental).

<sup>27</sup> Modelo baseado essencialmente no financiamento através de impostos cobrados por via do Orçamento do Estado.

<sup>28</sup> O financiamento do MF provém essencialmente das receitas fiscais, que entre 2008 a 2016 representaram uma média anual de mais de 70% da receita total.

O segundo maior financiador da saúde são as famílias, que despenderam, entre 2008 e 2014, uma média de mais de 35% do financiamento do sector. O pagamento das famílias é disponibilizado através da segurança social, seguro privado (pouco expressivo no país) e pagamentos diretos, nomeadamente, as taxas moderadoras pagas no momento da efetuação dos cuidados de saúde.

As restantes fontes repartem-se entre os empregadores privados, as ONG, associações nacionais (através de mutualidades) e diversas cooperações internacionais.

O quadro a seguir mostra-nos a evolução de cada uma das fontes de financiamento, de acordo com os dados a que foi possível aceder.

**Quadro 4: Evolução das fontes de financiamento por entidade**

Fontes de Financiamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ministério das Finanças	48,6	52,4	46,7	46,5	42,6	42,1	41,9
Outros Ministérios e Instituições Públicas	1,18	1,4	1,6	1,7	n.d. <sup>a</sup>	n.d. <sup>a</sup>	n.d. <sup>a</sup>
Ajuda Externa Orçamental	5,2	2,7	5,1	4,0	11,8	13,6	13,2
Empregadores	6,7	6,4	7,4	8,7	7,3	7,4	6,2
Famílias	38,0	37,0	38,7	38,8	35,4	35,6	35,6
ONG's, associações nacionais e cooperação externa	0,3	0,1	0,5	0,5	2,9	1,3	3,1
<b>Total de despesas em milhões ECV</b>	<b>5 355,9</b>	<b>5 782,6</b>	<b>6 716,8</b>	<b>6 808,4</b>	<b>7 649,5</b>	<b>8 064,1</b>	<b>8 159,7</b>

Notas: (a) Os dados dos outros Ministérios e Instituições Públicas foram agregados entre 2012-2014 na rubrica do MF.  
Fonte: Elaboração própria a partir de INE (s/d; 2014; 2017).

Nota-se que o financiamento dos fundos públicos (MF e outros Ministérios e Instituições Públicas), para o sector da saúde em 2014 foi menos 7,9% que em 2008. No entanto, a ajuda externa orçamental tem sido crescente, tendo aumentado na mesma proporção que o decréscimo do financiamento dos fundos públicos, ou seja, em 2014 representava mais 8% que em 2008. Desta observação, pode-se dizer que Cabo Verde, enquanto país de desenvolvimento médio-baixo, deveria receber uma proporção cada vez menor da ajuda externa, como acontece com os países da mesma categoria de rendimento. Mas tal não acontece, o que pode criar uma perpetuação da dependência em relação a uma fonte de financiamento de carácter imprevisível, variável e insustentável.

Jiménez (2013) sugeriu várias fontes alternativas de financiamento para o contexto de Cabo Verde, entre o quais, a aplicação de impostos sobre o consumo de álcool e a importação do tabaco. O consumo de álcool foi assumido pelas autoridades estatais<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Sirva de exemplo a campanha “Menos Álcool, Mais Vida” lançada em 2016 pela Presidência da República de Cabo Verde.

como um grande problema de saúde pública em Cabo Verde, representando 4% das despesas do orçamento das famílias em 2015, uma despesa média anual de 78 euros por pessoa e um consumo de 20,2 litros por habitante/ano<sup>30</sup>. Apesar de se aplicar impostos sobre as bebidas alcoólicas importadas, o mesmo não acontece com as produzidas internamente, nomeadamente, a aguardente de cana-de-açúcar e licores. As autoridades têm a intenção de aplicar impostos ao consumo através de uma maior fiscalização da produção e comercialização de bebidas alcoólicas produzidas no país, contribuindo assim para controlar a qualidade do produto, aumentar as receitas do Estado e canalizá-las para a saúde, que é o sector que mais sofre com este problema social<sup>31</sup>.

## b. POOL DE RISCO/ RECOLHA DE FUNDOS

Após a arrecadação dos fundos de financiamento, estes são transferidos para um conjunto de organizações que têm a responsabilidade de adquirir serviços junto dos prestadores.

Pode-se dizer que, em termos gerais, “o sistema de saúde cabo-verdiano é um sistema de pouca fragmentação” tendo em atenção que duas entidades públicas têm vindo a gerir mais de 70% dos fundos arrecadados (Jiménez 2013: 54). O Ministério da Saúde (MS) é o principal agente de financiamento, conforme se pode verificar no quadro a seguir.

**Quadro 6: Evolução do pool de risco /recolha de fundos por entidade**

Pool de Risco / Recolha de fundos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ministério da Saúde	51,0	53,4	48,8	48,6	50,0	49,8	52,5
Outros Ministérios e Instituições Públicas	3,0	2,0	3,8	2,5	1,9	3,3	1,8
Instituto de Povidência Social (INPS)	22,7	21,1	18,5	21,4	20,4	18,8	17,0
Seguradoras privadas	0,6	0,2	1,2	1,0	0,4	0,5	0,5
Empresas privadas	0,2	0,7	1,2	1,6	1,7	1,9	1,3
Pagamentos directos das famílias	22,0	22,1	26,0	24,2	24,8	24,5	25,9
Organizações não governamentais (internas e externas)	0,4	0,5	0,5	0,6	0,8	1,2	1,0
<b>Total de despesas em milhões ECV</b>	<b>5 355,9</b>	<b>5 782,6</b>	<b>6 716,8</b>	<b>6 808,4</b>	<b>7 649,5</b>	<b>8 064,1</b>	<b>8 159,7</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de INE (s/d; 2014; 2017).

O MS administrou ao longo dos anos em análise, cerca de 50% dos fundos arrecadados, dos quais a maior parte provém do MF, o que permite a este Ministério fazer

<sup>30</sup> <http://ine.cv/wp-content/uploads/2017/10/brochura-alcool.pdf> (accedida em agosto de 2018).

<sup>31</sup> I Série – Nº 29, B.O da República de Cabo Verde – 18 de abril de 2016:

<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/342-1-plano-alcool-b-o-i-serie-n-29-de-18-de-abril-de-2016/file> (accedido em agosto de 2018).

face às despesas de funcionamento e de pessoal. As despesas de investimento e de programas de saúde prioritários executadas pelo MS provêm essencialmente dos fundos das cooperações internacionais.

O INPS tem como principal atribuição a gestão do regime geral obrigatório de proteção social dos trabalhadores<sup>32</sup>. Nos últimos anos (2008-2014) esta entidade foi o segundo maior administrador dos fundos com uma média de 19% do total dos fundos arrecadados. O INPS não presta diretamente os serviços, nem tem os seus próprios prestadores, mas antes financia os serviços de saúde aos segurados e dependentes mediante comparticipação<sup>33</sup> e ainda contribui com uma transferência anual para o MS. Esta transferência é uma forma de compensação pelos serviços prestados aos seus segurados nas unidades de cuidados públicas (INE, 2014). A informação mais recente a que foi possível aceder data de 2015<sup>34</sup> e refere que essa compensação se situava entre 200 a 220 mil contos/ano.

Segundo Jiménez (2013: 70), existe um desacordo em relação à forma de estimar as transferências e o valor que o INPS deve destinar ao sector da saúde. Por um lado, o INPS argumenta que não pode ter a responsabilidade de financiar a totalidade dos défices anuais do SNS e que deve ser o MF a alocar os fundos suficientes para financiar os cuidados de saúde. Por outro lado, Jiménez refere que o MS não dispõe atualmente de um sistema que permita fazer um controlo do custo unitário dos serviços fornecidos aos segurados do INPS e que possibilite o conhecimento do valor real do montante que deveria ser transferido. Este tema é de particular relevância no contexto do financiamento da saúde em Cabo Verde. A falta de controlo e rigor no cálculo das transferências constitui, por um lado, uma dificuldade de organização e, por outro, essa questão pode tornar insustentável os sucessivos défices anuais de financiamento, que nem com fontes alternativas se consegue compensar.

---

<sup>32</sup> Decreto-Lei nº. 53/2016 de 10 de outubro.

<sup>33</sup> O regime de proteção obrigatória do INPS comparticipa os beneficiários em caso de doença, evacuações, maternidade, paternidade, adoção, aposentadoria, invalidez e nos casos de desemprego involuntário e morte.

<sup>34</sup> Informação retirada de entrevista concedida em 2015 pelo então Presidente da Comissão Executiva do INPS à Revista i, nº 5 de 2015.

Quanto às seguradoras privadas, empresas e organizações internacionais, elas não têm grande expressão enquanto agentes de financiamento, sendo responsáveis por apenas 2,8% do total dos fundos angariados.

No que respeita aos fundos arrecadados através das famílias, uma grande parte é direcionada para o INPS, através da contribuição solidária mensal do empregado e do empregador de 8% e 15%, respetivamente, do salário do segurado. A outra parte dos fundos arrecadados das famílias é direcionada para pagamentos diretos que, entre 2008 e 2014, representavam uma média de 25% e com tendência de crescimento. Cerca de 40% dos pagamentos diretos das famílias são direcionados para a compra de medicamentos. Parece existir neste caso uma lacuna a nível de proteção financeira para com aqueles que não dispõem de cobertura ao nível dos medicamentos. Isso reforça a ideia da necessidade de se melhorar o *pool* de risco, pressupondo que o risco é assumido por todos e não por um agente em particular.

### c. AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS/PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE

A análise dos prestadores enquanto fornecedores dos serviços de saúde permite-nos responder à questão: “*a quem são destinados os fundos?*”.

**Quadro 7: Evolução das despesas por prestador e serviços prestados**

Despesas por Prestadores de Cuidados de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Públicas</b>	<b>59,1</b>	<b>59,7</b>	<b>64,1</b>	<b>62,9</b>	<b>51,7</b>	<b>51,1</b>	<b>54,0</b>
Programas de Saúde	15,2	17,1	15,6	13,6	3,9	6,4	5,0
Administração pública de saúde	12,0	13,9	8,8	6,5	5,8	1,8	2,0
Hospitais Centrais	12,5	11,1	21,2	22,9	24,5	25,0	27,8
Hospitais Regionais	5,0	4,5	5,0	5,2	5,8	6,7	7,1
Centros de Saúde (com e sem internamento)	9,4	8,8	9,1	10,3	9,6	9,8	10,5
Farmácias públicas	5,0	4,4	4,4	4,4	2,2	1,4	1,5
<b>Privadas</b>	<b>34,9</b>	<b>34,1</b>	<b>29,7</b>	<b>29,4</b>	<b>34,9</b>	<b>33,1</b>	<b>32,6</b>
Clínicas Privadas	7,8	8,4	11,8	11,7	9,8	9,6	10,3
Farmácias privadas	21,6	20,1	14,0	13,8	19,0	17,6	16,6
Laboratórios e análises médicas e de diagnóstico	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,8	1,7
Retalhistas e outros fornecedores de aparelhos médicos	4,1	4,0	2,5	2,4	4,5	4,2	3,9
<b>Resto do Mundo (Evacuações)</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>	<b>6,2</b>	<b>7,7</b>	<b>13,4</b>	<b>15,8</b>	<b>13,4</b>
<b>Total de despesas em milhões ECV</b>	<b>5 355,9</b>	<b>5 782,6</b>	<b>6 716,8</b>	<b>6 808,4</b>	<b>7 649,5</b>	<b>8 064,1</b>	<b>8 159,7</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de INE (s/d; 2014; 2017).

De acordo com o quadro acima, hospitais centrais, farmácias e evacuações são as rubricas que merecem maior atenção no âmbito das despesas com os prestadores de cuidados e onde se concentrou, em média, a maior fatia das despesas entre 2008-2014.

As despesas nos hospitais têm vindo a apresentar uma tendência de crescimento, tendo aumentado mais do que o dobro entre 2008 (17,5%) e 2014 (34,9%). Essas mesmas despesas, analisadas na ótica dos serviços, indicam-nos que os custos de internamento aumentaram de 8,8% em 2008 para 35,9% em 2014<sup>35</sup>. Portanto, isso pode significar que os altos de níveis de taxas de ocupação e demoras médias analisados no capítulo anterior têm grande influência nos aumentos das despesas hospitalares e que carecem de ajustamento, por forma a diminuir os níveis de ineficiência hospitalar. Neste ponto o país deve proceder a uma análise profunda do funcionamento da rede de unidades hospitalares, caso a caso, tendo em atenção que a ineficiência hospitalar poderá ter fortes implicações no financiamento do sistema de saúde.

Relativamente à rubrica farmácias privadas, Cabo Verde segue a tendência global no peso dos medicamentos nas despesas totais. A OMS (2011) refere que a nível mundial os gastos com medicamentos representam cerca de 20% a 30% da despesa total e mais de metade dos medicamentos prescritos é dispensada ou vendida inadequadamente. A questão da reforma na política medicamentosa que ficou reconhecida no documento MS (2007), onde se identificou a necessidade da criação de mecanismos de regulamentação da vigilância farmacológica e da garantia de qualidade do medicamento, bem como da disponibilidade dos medicamentos que muitas vezes se esgotam.

As evacuações internas e externas têm um peso social e financeiro enorme para Cabo Verde, não só pelo facto de o doente ter de se ausentar do país, ou da sua ilha de origem, numa situação de fragilidade física e psicológica, mas também pelos montantes associados a cada processo, seja com o transporte, seja com a estadia e outros custos administrativos. Atualmente representam cerca de 9% das despesas do INPS, mas este custo podia ser revertido gradualmente para a melhoria de condições de tratamento dos doentes no país, tendo o Estado um papel crucial na criação de políticas mais efetivas a este nível.

A nível do pagamento dos serviços em países como Cabo Verde, o sistema de compras é passivo. Barros (2005) defende que está sempre implícita a ideia de que diferentes

---

<sup>35</sup> INE (s/d) e INE (2017).



formas de organizar o financiamento tem importantes implicações sobre a forma como são feitos os pagamentos aos prestadores. E a forma como são pagos os prestadores de serviços de saúde podem induzir mais ou menos eficiência por parte da entidade prestadora. O país, deve, pois, fazer a passagem para um serviço de compras estratégicas, com base na introdução de indicadores de avaliação de desempenho (e.g. Hospitais) e novos mecanismos de pagamento, tendo em vista resultados mais efetivos dos serviços prestados.

Concluindo, é de referir que as escolhas que são feitas em cada uma das três funções de financiamento analisadas determinam até que ponto um sistema é equitativo, eficiente e eficaz. Daí que a forma como está organizado o sistema de financiamento determine em grande medida o alcance da cobertura universal.

### **3.1.3. A SITUAÇÃO DA COBERTURA UNIVERSAL EM CABO VERDE**

O alcance da cobertura universal tornou-se uma prioridade a nível global, em particular, para os países em desenvolvimento. Cabo Verde está engajado neste propósito, com vista a garantir a proteção financeira das suas populações no acesso equitativo aos serviços de saúde.

#### **a. Abrangência: Cobertura populacional**

A segurança social, como elemento fundamental da proteção social, é tida como um instrumento indispensável para garantir a equidade e justiça social no âmbito da cobertura do sistema de saúde (Pena *et al.*, 2012). Para melhorar os sistemas de proteção social no país, foi aprovada, em 2001, a lei de proteção social, que abrange 3 regimes: proteção social obrigatória, proteção social complementar e regime não contributivo de solidariedade<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> A proteção obrigatória e a proteção complementar são ambas geridas pelo INPS e concretizam-se através dos regimes de segurança social dos trabalhadores por conta de outrem e dos trabalhadores por conta própria. A primeira é de carácter obrigatório e a segunda é facultativa e para os que pretendem uma maior cobertura na eventualidade de invalidez, morte e velhice. A Rede de solidariedade é gerida pelo Centro Nacional de Pensões Sociais e cobre as pessoas em situação de pobreza extrema, crianças e adolescentes com necessidades especiais, idosos em situação de dependência e pessoas com deficiência (Lei nº 131/V/2001 de 22 de Janeiro).

Apesar do princípio da universalidade, e tendo o Estado a responsabilidade na prestação de cuidados de saúde a doentes vulneráveis através do regime de solidariedade, o país ainda apresenta deficiências a nível de cobertura, tendo em atenção que subsistem utentes não abrangidos pelo regime e trabalhadores ainda não cobertos pela proteção obrigatória do INPS.

Os decretos-lei 47-48/2009 dotaram a INPS de um quadro legal que lhe permitiu iniciar um processo de inclusão de trabalhadores que não estavam enquadrados, entre os quais, trabalhadores domésticos, trabalhadores independentes e por conta própria (Pena *et al.*, 2012). O regime contributivo do INPS, apesar de ter aumentado de 11,1% em 1983 para 21,5% em 2000, apenas abarcava 36,4% da população ativa em 2016<sup>37</sup>, existindo ainda, uma faixa da população não coberta integralmente pelo regime de proteção social obrigatório como é o caso de uma grande parte dos trabalhadores do sector informal, dos trabalhadores das microempresas e do sector rural. Segundo, Pena *et al.*, 2012, a cobertura da segurança social em Cabo Verde é muito menor em micro e pequenas empresas e é onde se regista maiores níveis de evasão em relação às obrigações com a segurança social. Esses autores verificaram que apenas 10% dos trabalhadores de empresas com menos de três colaboradores descontam para regime contributivo do INPS, parecendo haver uma relação direta entre a dimensão da empresa e a taxa de cobertura.

Nota-se que os fundos mutualistas direcionados para grupos específicos como é o caso dos trabalhadores dos sectores informal e rural são, também, importantes a nível de cobertura dos cuidados, mas não garantem cobertura suficiente. São de adesão voluntária e cobrem um conjunto de serviços de promoção e melhoria de acesso, nomeadamente as consultas e os medicamentos. Estes fundos, que atualmente cobrem 3,6% da população, podem constituir uma via possível para se obter uma maior cobertura<sup>38</sup>, o que exige do Estado a criação de um quadro legal favorável para que este tipo de fundo continue a proliferar.

---

<sup>37</sup> Dados retirados no INE (2016 e 2017a) e de Pena *et al.*, 2012.

<sup>38</sup> Os esquemas de seguro de saúde baseados em mutualidades foram implementados em alguns países do sudeste asiático como parte de uma estratégia mais ampla para alcançar a cobertura universal (Mossialos *et al.*, 2002).

**b. Âmbito: Que serviços de saúde são cobertos?**

A nível dos serviços cobertos, pode-se dizer que a rede de cuidados de saúde primários e hospitalares tem sido fundamental para a cobertura universal e para a melhoria da prestação de serviços de saúde. No entanto, a cobertura dos serviços materno-infantis ainda não é universal e tem lacunas que ascendem 20% da população alvo (Jiménez, 2013).

Com a alteração do perfil epidemiológico, o país também apresenta carências, em particular, no que respeita a doenças crónicas, como as doenças oncológicas que, na maior parte dos casos, obriga à evacuação externa por não haver condições para o tratamento dessas doenças em Cabo Verde, devido aos elevadíssimos custos que acarretam.

Os serviços de estomatologia, assim como os laboratórios clínicos e meios de diagnóstico, são maioritariamente prestados por entidades privadas. A população de baixo rendimento, muitas vezes insatisfeita com o tempo de espera no setor público, faz um grande esforço financeiro para aceder aos serviços privados, por falta de alternativa.

**c. Alcance: O custo do pacote de serviços que se pretende oferecer?**

Existem taxas moderadoras e de utilização cobradas no acesso aos serviços de saúde, entre os quais consultas, urgências hospitalares, utilização do internamento e realização de meios de diagnóstico. Os doentes com insuficiência económica e incapacidade podem beneficiar de isenções de taxas no momento do acesso aos serviços mencionados. Mas, relativamente aos medicamentos, os níveis de comparticipação e cobertura são diferentes, havendo quem pague a totalidade dos seus custos. A nível global, e Cabo Verde não é exceção, a obrigação de pagar diretamente pelos serviços no momento do tratamento tem impedido milhões de pessoas de receberem os cuidados. Os que recorrem aos serviços médicos sem ter condições financeiras necessárias para arcar com as despesas ficam expostos a imensos sacrifícios, ou mesmo ao empobrecimento (OMS, 2011). O desafio de Cabo Verde neste caso é o de reduzir ao mínimo o pagamento direto, a favor do aumento da cobertura dos sistemas de proteção social, extensível a todas as faixas e grupos populacionais.

## CONCLUSÕES

A área da saúde sempre foi prioritária na política cabo-verdiana e um fator decisivo para o desenvolvimento de Cabo Verde. Apesar dos constrangimentos da insularidade, que também condicionam o desenvolvimento do SNS e a sua capacidade de responder aos problemas do sector, contudo, o país conseguiu, ao longo das últimas décadas, uma evolução positiva nos indicadores de saúde, com um expressivo recuo nas taxas de mortalidade geral e materno-infantil e um aumento significativo na esperança de vida da população.

Ao comparar Cabo Verde com a região da África Subsariana, os países de rendimento médio-baixo e São Tomé e Príncipe, foi possível depreender que o país ocupa uma posição de destaque, tanto a nível dos indicadores de saúde da população, como em relação às despesas de financiamento. Porém, no contexto de outros países insulares, tais como Barbados e Maldivas, Cabo Verde não se destaca positivamente, pois nesses países existem menores disparidades entre o custo e os resultados produzidos no sector da saúde.

As despesas totais com saúde aumentaram consideravelmente ao longo dos anos, passando de 5.355 milhões em 2008 para 8.159 milhões de escudos cabo-verdianos em 2014. Nesta perspetiva, uma das primeiras conclusões desta dissertação é que Cabo Verde deve mobilizar e diversificar fundos de financiamento suficientes para fazer face ao crescente aumento das despesas. Uma forma de diversificação poderá ser, como vimos, a aplicação de impostos sobre os consumos de tabaco, bebidas alcoólicas e açucaradas, bem como sobre todos os bens e atividades que provocam comportamentos de risco e hábitos contrários a uma postura de responsabilização pela própria vida.

A melhoria no modelo de financiamento da saúde em Cabo Verde não passa necessariamente por mais financiamento. Foi possível inferir que há uma necessidade do fortalecimento do *pool* de risco, que passa pela extensão da cobertura da segurança social às faixas populacionais que ainda não estão cobertas, como é o caso dos trabalhadores do sector informal, das micro e pequenas empresas e do sector rural. Como se sabe, a população que não beneficia da cobertura da segurança social torna-se vulnerável, tanto do ponto de vista da doença, como do acesso a melhores cuidados de saúde. Com o aumento da cobertura dos sistemas de proteção social, o risco passa a ser assumido por todos e não por um indivíduo em particular, tornando-se possível uma redução do

pagamento direto das famílias no momento da efetuação dos cuidados. O INPS, enquanto principal entidade de providência social, tem aqui um papel importante na melhoria do *pool* de risco para o alcance da universalização da segurança social, através do combate à evasão contributiva e na criação de medidas e ações específicas de alargamento da cobertura contributiva.

No domínio dos prestadores de cuidados de saúde, existem vários indicadores que sugerem a existência de ineficiências no sistema de saúde cabo-verdiano nas áreas hospitalares, política de medicamentos e evacuações. Uma melhoria na gestão hospitalar e a introdução de indicadores de avaliação de desempenho permitiriam reduzir desperdícios nos hospitais. No que respeita à política medicamentosa, a aplicação de melhores práticas poderia ter um impacto significativo na redução de despesas do setor da saúde. As evacuações, por seu turno, põem a nu a fragilidade do sistema de saúde cabo-verdiano à medida que se altera o perfil epidemiológico. Esta alteração é sustentada pela forte prevalência das doenças não transmissíveis que, conseqüentemente, provocam uma maior necessidade de evacuações, o que torna imprescindível o investimento na criação de melhores condições em todo o território.

Cabo Verde ainda não alcançou a cobertura universal dos cuidados de saúde e tem um longo caminho a percorrer nesse sentido, uma vez que a cobertura universal acaba por ser uma consequência da eficiência e eficácia do próprio modelo de financiamento da saúde.

No presente cenário de transição demográfica e epidemiológica, e face a novas exigências e expectativas da população, a sustentabilidade financeira do sistema só será alcançada com reformas assertivas e transversais, inteligentes e adequadas, associadas a um forte engajamento do poder político e da sociedade em geral.

O financiamento da saúde envolve diversas interações e fatores, pelo que muita investigação pode ser feita nesse sentido. Em particular, estudos que visem examinar, de forma mais detalhada, a eficiência hospitalar, a política de medicamentos e a própria política dos recursos humanos afetos à prestação dos cuidados de saúde. Esses estudos permitiriam melhorar o conhecimento do sistema cabo-verdiano de financiamento de saúde, nas suas várias vertentes, e ajudariam a complementar as análises efetuadas nesta dissertação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afaal, Ahmed (2002). *Financing Healthcare: A case for Reform in the Maldives*. MA Thesis. Manchester: Faculty of Business Administration of University of Manchester.
- BCV (2017). *Síntese de Principais Indicadores Económicos e Financeiros (2000-2017)*. Praia: Banco de Cabo Verde.
- Barros, P (2005). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina.
- Boquinhas, José M (2012). *Políticas e Sistemas de Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- Carrin, Guy et al. (2008). “Universal coverage of health services: tailoring its implementation”. In Bulletin of the World Health Organization, nº 86 (11), pp. 857–863.
- INE (2017). *Contas Nacionais da Saúde (2012-2014)*. Praia: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2017a). *Anuário Estatístico de Cabo Verde 2016*. Praia: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2014). *Contas Nacionais da Saúde (2010-2011)*. Praia: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (s/d). *Contas Nacionais da Saúde (2008-2009)*. Praia: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2016). “*Inquérito Multi-Objectivo Contínuo (IMC), 2015: Estatísticas do Emprego e Mercado do Trabalho*”. Praia: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2015). *Anuário Estatístico de Cabo Verde 2015*. Praia: Instituto Nacional de Estatística.
- Escoval, Ana (1999). *Sistemas de Financiamento da Saúde. Análise e Tendências*.

Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Escoval, Ana (2003). *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto Português*. Tese de doutoramento  
Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Furtado, Cláudio (2008). *Governança do Sistema de Saúde em Cabo Verde - Relatório*.  
Praia: Organização Mundial da Saúde.

Gottret, P. e Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited*. Washington DC: World Bank.

Jiménez, José (2013). *Estratégias de Financiamento do Sector de Saúde Cabo-Verdiano-Relatório*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.

Kutzin, Joseph (2008). *Health Financing Policy: a guide for decision – makers* Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. Copenhagen: WHO/ European Regional Office.

Kutzin, Joseph (2013). “Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy”. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602-611.

Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738310/>  
(acedido em Abril de 2018).

Mossialos, Elias *et al.* (eds.) (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*.  
Buckingham - Philadelphia: Open University Press.

Mathauer, Inke. and Carrin, Guy (2010). *The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage* (World Health Report 2010, Background Paper 36), World Health Organization.

OMS (2011) *Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal*. Lisboa: CPLP.

- Pena, Hernán *et al.* (2012). *A cobertura contributiva do INPS de Cabo Verde: Análise e recomendações*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.
- MS (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2016)*. Volumes I e II, Praia: Ministério da Saúde.
- MS (2007). *Política Nacional de Saúde: Reformar para uma melhor Saúde*. Praia: Ministério da Saúde.
- MSSS (2017). *Relatório Estatístico da Saúde, 2016*. Praia: Ministério da Saúde e da Segurança Social.
- MS (2014). *Relatório Estatístico da Saúde, 2013*. Praia: Ministério da Saúde.
- MS (2011). *Relatório Estatístico da Saúde, 2010*. Praia: Ministério da Saúde.
- Savedoff William (2004). *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*. Discussion Paper nº4. Geneva: World Health Organization.
- Schieber George *et al.* (2006). “Financing Health Systems in the 21<sup>st</sup> Century”. In: Jamison, Dean T, *et al*, *Disease Control Priorities in Developing countries*. Second Edition, New York: Oxford University Press and The World Bank, pp. 225-242.
- Schieber, G., and Maeda A. (1997). “A Curmudgeon’s Guide to Financing Health in Developing Countries”. In: Schieber, George J. (ed.) *Innovations in Health Care Financing*. Washington: World Bank, pp. 1-40.
- Smith, Peter and Witter, Sophie (2004). *Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance*. HNP Discussion Paper, Washington: World Bank.
- The Economist/Intelligence Unit Healthcare 2014. *Health outcomes and cost: a 166-country comparison*. A white paper from The Economist Intelligence Unit Healthcare.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*.



Geneva: World Health Organization.

WHO (2015) *Global Health Observatory data repository* [Online database], disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING> (acedido em agosto de 2018).

WHO (2016). *Cabo Verde: Factsheets of Health Statistics 2016*. Regional Office for Africa.

WHO (2017). *World Health Statistics, 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. [Online], disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/255336> (acedido em agosto de 2018).

World Bank (2015) *Health Nutrition and Population Statistics* [Online database], disponível em <http://databank.worldbank.org/data/source/health-nutrition-and-population-statistics> (acedido em agosto de 2018).

World Bank (2015a) *World Development Indicators* [Online database], disponível em <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> (acedido em agosto de 2018).

World Bank (2016) *World Development Indicators* [Online database], disponível em <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators> (acedido em agosto de 2018).

## **Legislação**

Lei Constitucional nº1/V/99 de 23 de Novembro: “Constituição da República de Cabo Verde”. *Boletim Oficial* nº 43. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 1999.

Lei nº 131/V/2001 de 22 de Janeiro. “Define as bases da protecção social”. *Boletim Oficial* nº 2. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2001.

Decreto Lei n.º 25/2003 de 25 de Agosto. “Lei Orgânica do Ministério da Saúde”. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2003.

Lei nº 41/VI/2004 de 05 de Abril. “Lei de Bases da Saúde”. *Boletim Oficial* nº 10. Praia:

Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2004.

Decreto-Lei nº 58/2006 de 26 de Dezembro. “Criação da Região Sanitária Santiago Norte”. *Boletim Oficial* nº 38. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2006.

Resolução nº5/2008 de 18 de fevereiro: “Política Nacional de Saúde”. *Boletim Oficial* nº 7. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2008.

Decreto-Lei nº. 47/2009 de 23 de Novembro. “Altera o artigo 11º do Decreto-Lei no 5/2004, de 16 de Fevereiro, que estabelece as bases de aplicação do sistema de segurança social dos trabalhadores por conta de outrem, na sua redacção dada pelo Decreto-Lei no 51/2005, de 25 de Julho”. *Boletim Oficial* nº 44. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2009.

Decreto-Lei nº. 48/2009 de 23 de Novembro. “Define, no âmbito da previdência social obrigatória, a protecção social dos trabalhadores independentes, adiante designado por regime dos trabalhadores por conta própria”. *Boletim Oficial* nº 44. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2009.

Decreto Lei nº 39/2010 de 27 de Setembro. “Estrutura Orgânica do Ministério da Saúde”. *Boletim Oficial* nº 37. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2010.

Decreto-Lei nº. 53/2016 de 10 de outubro. “Estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento do Ministério da Saúde e da Segurança Social, adiante designado por MSSS”. *Boletim Oficial* nº 57. Praia: Imprensa Nacional de Cabo Verde, 2016.

**Websites consultados:**

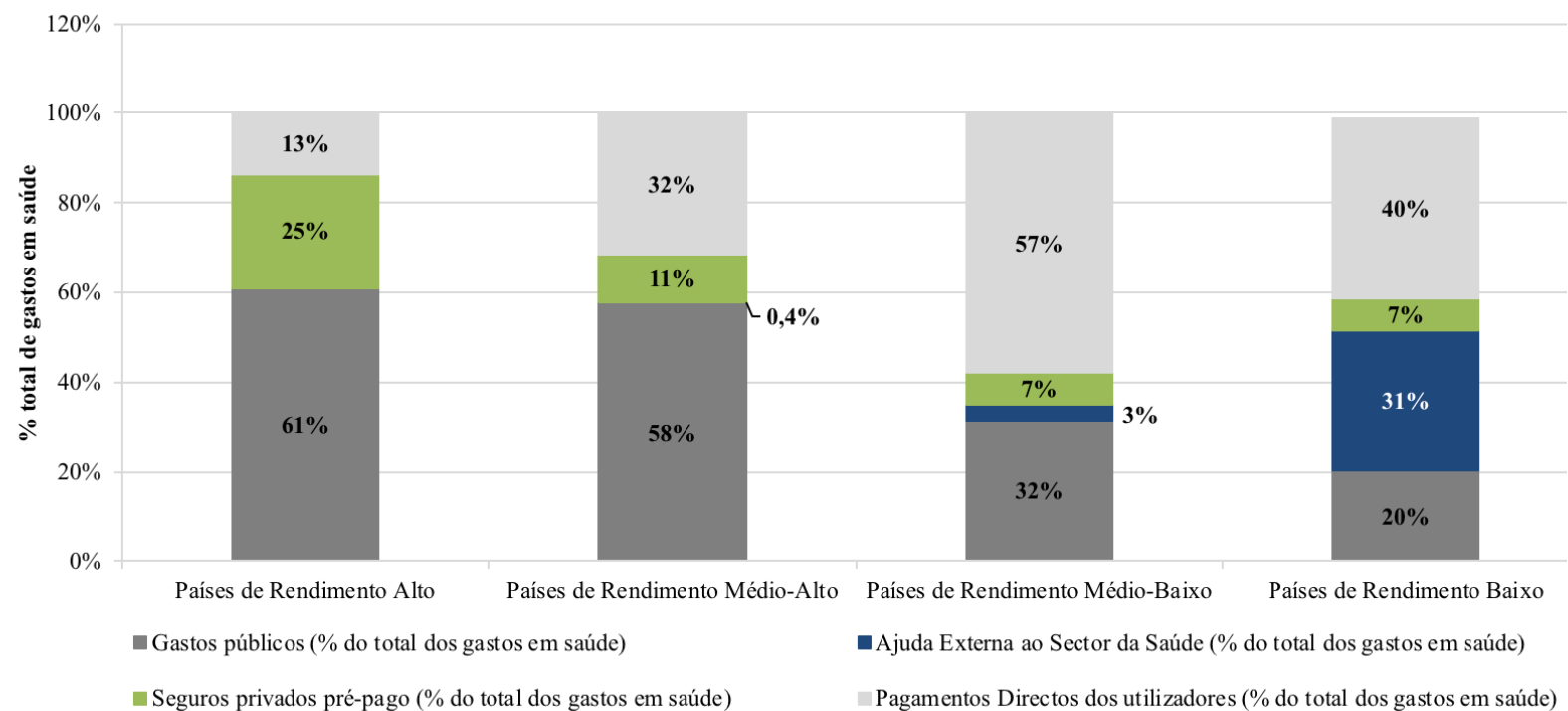
<http://cnps.cv/index.php/pt/>

<http://www.inps.cv>

<http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite>

## **ANEXOS**

# **ANEXO I: GASTOS TOTAIS DO SECTOR SAÚDE POR TIPO DE FONTE E POR NÍVEL DE RENDIMENTO DOS PAÍSES (CLASSIFICAÇÃO BANCO MUNDIAL), 2015**



Fonte: World Bank (2015a); WHO (2015).

## ANEXO II: VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS FONTES DE FINANCIAMENTO

Fonte de financiamento	Vantagem	Desvantagem
<b>Impostos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Melhora as possibilidades de contar com acesso universal</li> <li>— Alta possibilidade de contar com pool de risco forte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Existe a possibilidade de regressividade, segundo a estrutura do sistema tributário</li> <li>— É dependente das prioridades das autoridades políticas, o que poderia representar uma fonte de instabilidade do financiamento</li> </ul>
<b>Seguro social de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Maior independência das decisões do MF e prioridades políticas</li> <li>— Os recursos são destinados à saúde</li> <li>— Grande possibilidade de contar com pool de risco forte</li> <li>— Incrementos de cobertura vêm acompanhados de maiores fundos: a afiliação cria o seu próprio financiamento</li> <li>— Princípio de solidariedade</li> <li>— Financiamento é favorecido pelo crescimento da economia e da produtividade/ salários reais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Nos primeiros anos, somente grupos do mercado de trabalho formal podem ser beneficiários</li> <li>— Desempenho institucional inadequado poderia limitar o avanço em direção à cobertura universal</li> </ul>
<b>Seguro privado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Como fonte complementar ao pacote básico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Problemas de acesso devido ao custo mensal</li> <li>— Relação inversa entre condições de saúde ou socioeconómicas e capacidade de pagamento</li> <li>— Regulação do sector complexa</li> </ul>
<b>Seguro comunitário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Cobertura de grupos populacionais tradicionalmente excluídos</li> <li>— Contribuições feitas à medida dos rendimentos familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pacotes normalmente limitados</li> <li>— Problemas de gestão das pessoas encarregadas da administração os fundos</li> <li>— Pool de risco limitado</li> <li>— Cobertura muito limitada</li> </ul>
<b>Co-pagamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Cidadão recebe serviços segundo o que paga por eles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Não diversificam o risco no tempo</li> <li>— Normalmente, não promovem a mancomunação entre utentes</li> <li>— É uma barreira de acesso para famílias pobres</li> <li>— É um sistema regressivo dado que quem paga é o doente</li> <li>— É capaz de gerar somente uma pequena percentagem dos fundos requeridos.</li> <li>— A sua administração tem custos elevados para o sistema da saúde</li> </ul>
<b>Contas poupança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Despesas baseadas na capacidade de pagamento do cidadão</li> <li>— Poupanças evitam que pagamentos futuros sejam catastróficos</li> <li>— Antecipação do risco mas não a sua mancomunação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Não existe o pool de risco</li> <li>— Pagamentos dependem do perfil epidemiológico do cidadão</li> </ul>
<b>Cooperação externa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Complemento a programas onde é preciso financiamento rápido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Insustentabilidade ou financiamento por um período curto</li> </ul>

Fonte: Jiménez, 2013: 11-12.

### ANEXO III: TIPOS E CARACTERÍSTICAS DOS DISTINTOS MODELOS DE POOL DE RISCO

Tipo de modelo	Características
<b>Sem mancomunação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indivíduos pagam totalmente o custo dos cuidados da saúde e não existem subsídios</li> <li>Caso de pagamentos diretos</li> </ul>
<b>Mancomunação unitária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os fundos angariados são colocados numa única entidade administradora</li> <li><i>Pool</i> de riscos é obrigatório</li> <li>Reduz possíveis efeitos negativos da seleção adversa e custos de transação</li> <li>Possível existência do risco moral</li> <li>Dificuldades de controlo e coordenação administrativa</li> </ul>
<b>Mancomunação fragmentada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indivíduos são adstritos aos <i>pools</i> de risco segundo critérios distintos como tipo de emprego, idade, zona de residência, etc.</li> <li>Afiliação ao fundo pode ser voluntária ou obrigatória</li> <li>Existência de possíveis custos administrativos elevados</li> <li>Variações importantes nas despesas por pessoa</li> </ul>
<b>Mancomunação integrada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existem muitos <i>pools</i>, mas as transferências financeiras são coordenadas entre eles</li> <li>Modelo 1: uma entidade angaria os fundos e distribui-os aos <i>pools</i></li> <li>Modelo 2: os <i>pools</i> angariam os fundos e atribuem subsídios entre grupos de maior e menor financiamento</li> </ul>

Fonte: Jiménez, 2013:14. Adaptado de Smith e Witter 2004.

### ANEXO IV: CARACTERÍSTICAS DOS TIPOS DE PAGAMENTO ATUAIS

Mecanismo	Descrição	Comummente utilizado para pagar...
<b>Salário</b>	Pagamento fixo por período de tempo determinado	Pessoal clínico
<b>Orçamento global</b>	Montante único pago ao fornecedor	Todos os fornecedores institucionais
<b>Orçamento por rubrica</b>	Montante estimado a partir da soma de distintas rubricas orçamentais	Todos os fornecedores institucionais
<b>Capitação</b>	Pagamento feito por cada pessoa afiliada ou existente em determinada zona geográfica	Primeiro nível
<b>Pagamento por serviço</b>	Pagamento feito ao provedor por cada tipo de serviço provido	Hospitais Especialistas
<b>Pagamento por dia (<i>per diem</i>)</b>	Pagamento segundo o número de dias de estadia	Hospitais
<b>Grupos Diagnósticos Relacionados (GDR)</b>	Pagamento feito aos hospitais segundo o nível de complexidade do caso	Hospitais

Fonte: Jiménez, 2013: 15-16.

## ANEXO V – PRINCIPAIS INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE CABO VERDE

PRINCIPAIS INDICADORES SOCIOECONÓMICOS	Cabo Verde	
	2010	2016
PIB, a preços correntes (milhões dólares EUA)	1 664 311	1 638 927
RNB per capita (dólares EUA)	3 330	3 040
RNB per capita (dólares internacionais (PPC))	5 460	6 290
Dívida Pública Externa (% do PIB)	50,8%	97,1%
População Total	491 683	531 239
População com idade entre 0 e 14 anos (% do total)	31,7%	30,0%
População com idade superior a 64 anos (% do total)	6,5%	5,5%
População Rural (% Total)	38,2%	35,7%
População Urbana (% Total)	61,8%	64,3%
Tx. de fecundidade (n.º de nascimentos por mulher)	2,6	2,3
Esperança média de vida à nascença	74,6	75,9
Taxa de alfabetização (% da pop.com idade > a 15 anos)	86,9%	87,6%
Taxa de Desemprego (%)	10,7%	15,0%
% da população com acesso à rede pública de distribuição de água	90,2%	91,0%
% da população rural com acesso à rede pública de distribuição de água	76,7%	74,5%
% da população com acesso a instalações sanitárias	63,6%	80,1%
	<b>2007</b>	<b>2015</b>
Índice de GINI	0,53	0,42
Incidência da Pobreza Global	56,8%	35,2%
Incidência da Pobreza Extrema	29,7%	10,6%

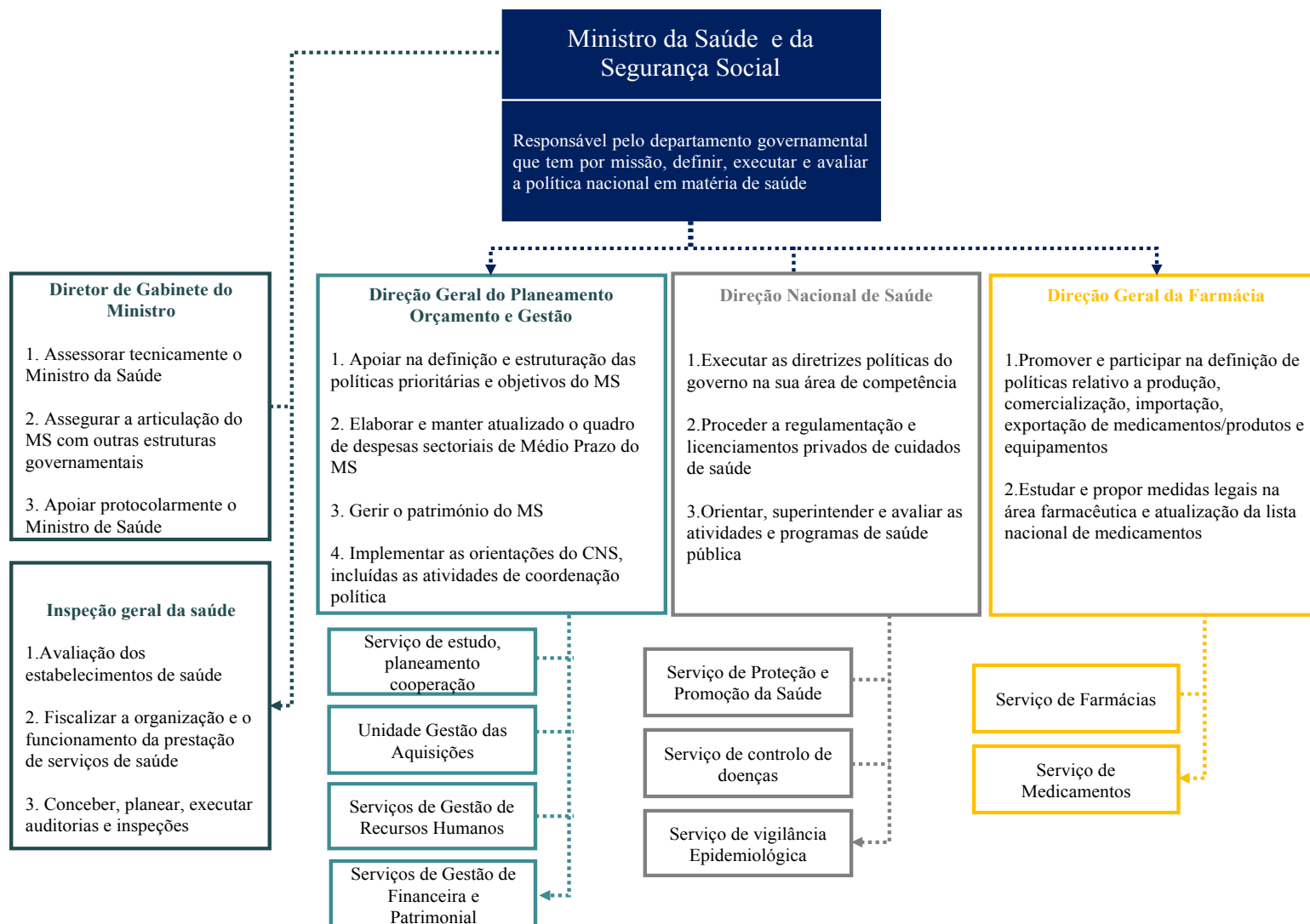
Fonte: Word Bank (2016); WHO (2016); MS (2011); MSSS (2017), (INE 2015b; 2017a), BCV (2017).

## ANEXO VI: INDICADORES DO SECTOR DA SAÚDE DE CABO VERDE

PRINCIPAIS INDICADORES DO SECTOR DA SAÚDE	Cabo Verde		
	2010	2015	2016
<b>Principais indicadores da Saúde</b>			
Tx. de fecundidade (n.º de nascimentos por mulher)	2,6	2,3	2,3
Partos assistidos por médicos e enfermeiros (% do total)	75,6%	90,3%	92,6%
Taxa de cobertura de consulta pré-natal	89,1%	81,5%	87,1%
Cobertura vacinal crianças < 1 ano	95,8%	90,2%	91,2%
Tx. de mortalidade geral (por 1000 hab.)	4,8	5,2	4,9
Tx. de mortalidade crianças com idade < 1 ano (por 1000 hab.)	22,9	15,3	15,4
Tx. de mortalidade crianças com idade < 5 anos (por 1000 hab.)	26,3	17,5	17,0
Tx. de mortalidade materna (por 100 mil nascimentos)	49,1	47,0	18,8
<b>Incidência e Mortalidade das doenças consideradas prioritárias</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Tx. de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.)	68,7	51,0	47,0
<i>Taxa de mortalidade por tuberculose (por 100 mil hab.)</i>	3,9	2,1	1,3
Tx. de incidência do paludismo (por 100 mil hab.)	9,5	5,1	14,1
<i>Taxa de mortalidade por paludismo (por 100 mil hab.)</i>	0,2	0,0	0,7
Tx. de deteção de novos casos do HIV (por 100 mil hab.)	83,6	62,3	71,7
<i>Taxa de mortalidade por HIV (por 100 mil hab.)</i>	15,2	14,7	18,1

Fonte: MS (2011; 2014); MSSS (2017), INE (2015b; 2017a).

## ANEXO VII: ORGANIGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE



Fonte: Adaptado do Organograma do Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite> (acedido em agosto de 2018).



## ANEXO VIII: RECURSOS HUMANOS E TÉCNICOS DE CABO VERDE

INFRAESTRUTURAS E RECURSOS AFECTOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	Cabo Verde		
	2010	2015	2016
<b>Principais indicadores de Recursos Humanos</b>			
N.º de médicos por 10.000 habitantes	5,94	7,81	7,68
N.º de médicos	292	410	408
dos quais localizados na Praia	128	185	186
dos quais localizados em S.Vicente	78	97	103
N.º de médicos especialistas	-	246	248
N.º de enfermeiros por 10.000 habitantes	11,04	12,75	12,99
N.º de enfermeiros	543	654	690
dos quais localizados na Praia	182	227	237
dos quais localizados em S.Vicente	134	155	169
N.º de Farmacêuticos	61	81	85
Sector Público	14	28	30
Sector Privado	47	53	55
<b>Oferta de Recursos Técnicos e Infraestruturas Sanitárias</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Sector Público</b>			
N.º Hospitais Centrais	2	2	2
<i>N.º de camas Hospitais Centrais</i>	540	525	522
<i>Demora média Internamento</i>	8,9	10,1	8,8
<i>Taxa de ocupação</i>	81,7	80,8	76,5
N.º Hospitais Regionais	3	4	4
<i>N.º de camas Hospitais Regionais</i>	208	239	263
N.º Centros de Saúde	30	31	28
<i>N.º de camas Centros de Saúde</i>	287	304	304
N.º Centros de Saúde Reprodutiva	5	5	5
N.º Postos Sanitários	34	34	34
N.º de Unidades Sanitária de Base	113	107	112
Farmácias Públicas	30	32	32
<b>Sector Privado</b>			
Unidades de saúde privadas	142	147	-
Farmácias Privadas	33	39	39

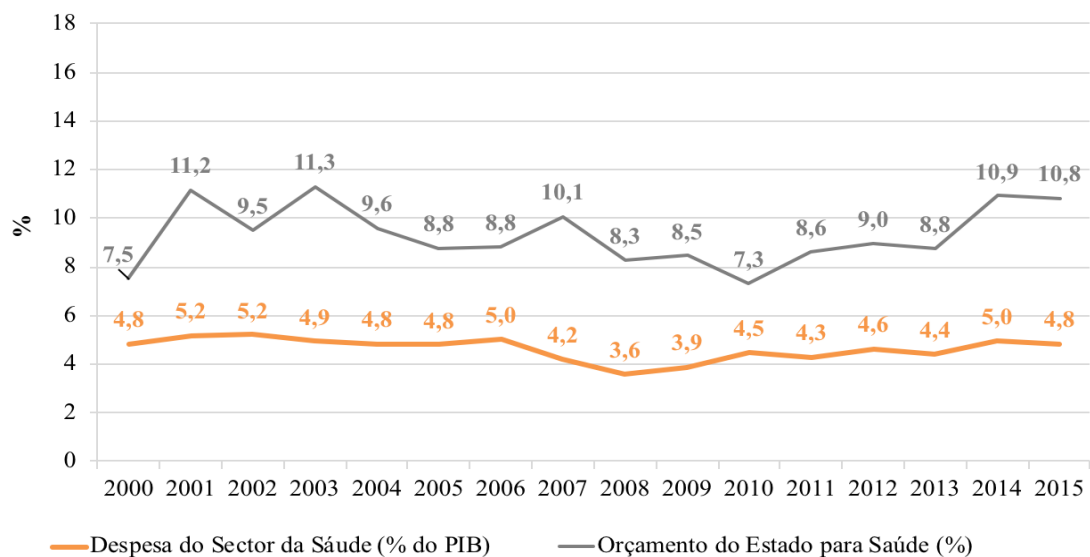
Fonte: MS (2011; 2014); MSSS (2017); INE (2015b; 2017a).

## ANEXO IX: EVACUAÇÕES DE CABO VERDE

EVACUAÇÕES PARA O EXTERIOR 2013-2016				
Por especialidade médica	2013	2014	2015	2016
Cirurgia Cardíaca	91	114	154	157
Oncologia	126	119	145	112
Neurocirurgia	75	63	59	45
Nefrologia	53	48	20	31
Ortopedia	25	30	55	56
Urologia	18	25	25	33
Oftalmologia	23	37	46	75
Hematologia	18	22	27	29
Gastroenterologia	15	15	21	17
Outras	27	56	38	53
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>529</b>	<b>590</b>	<b>608</b>
Por Entidade Responsável	2013	2014	2015	2016
INPS	226	276	326	354
Promoção Social	231	241	249	238
Outros	14	12	15	16
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>529</b>	<b>590</b>	<b>608</b>
Por faixa etária	2013	2014	2015	2016
>1	35	11	42	42
1-4	32	31	38	41
5-14	36	45	48	59
15-24	48	44	49	47
25-49	167	183	186	205
50-64	125	158	183	160
>65	28	57	44	54
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>529</b>	<b>590</b>	<b>608</b>
EVACUAÇÕES INTERNAS SEM CONSIDERAR OS ACOMPANHANTES				
	2014	2015	2016	
<b>Total</b>	<b>1 703</b>	<b>2 305</b>	<b>3 134</b>	

Fonte: MS (2011; 2014); MSSS (2017); INE (2015b; 2017a).

## ANEXO X: EVOLUÇÃO DA DESPESA NA SAÚDE EM % DO PIB E DO ORÇAMENTO DE ESTADO PARA A SAÚDE EM CABO VERDE



Fonte: World Bank (2015a); WHO (2015).